

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

Vom 2. September 2021

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	A. Allgemeines	3
2.1.1	§ 1 Zweck und Versorgungsziele	5
2.1.2	§ 2 Definition der Patientengruppe	8
2.1.3	§ 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer	12
2.1.4	§ 4 Bezugsrätin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut	19
2.1.5	§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten	22
2.1.6	§ 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes.....	23
2.2	B. Patientenversorgung	27
2.2.1	§ 7 Zugang	27
2.2.2	§ 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung.....	29
2.2.3	§ 9 Gesamtbehandlungsplan.....	31
2.2.4	§ 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund	33
2.2.5	§ 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs	35
2.2.6	§ 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie ..	37
2.3	C. Evaluation	38
2.3.1	§ 13 Evaluation	38
3.	Bürokratiekostenermittlung	41
4.	Verfahrensablauf	44

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019, welches am 01. September 2020 in Kraft getreten ist (BGBl I, S. 1604), wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unter anderem damit beauftragt, bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 SGB V Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach § 92 Absatz 6b SGB V zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO)).

2. Eckpunkte der Entscheidung

Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen steht ein breites, durch unterschiedliche Hilfesysteme erbrachtes Leistungsspektrum zur Verfügung; darunter die medizinische einschließlich der pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Behandlung nach SGB V genauso wie Maßnahmen der Rehabilitation nach SGB IX in Ergänzung zu Angeboten der kommunalen Daseinsvorsorge und psychosozialer Hilfe. Auch nach Jahren des kontinuierlichen Ausbaus der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird jedoch immer noch festgestellt, dass Versorgungsangebote nur bedingt aufeinander abgestimmt und lokale Faktoren, die jedoch nicht überall anzutreffen sind, Voraussetzung für eine gelingende Behandlungsplanung und -koordination sind. Ziel ist deshalb die primäre Ausrichtung der Versorgung an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten. Der personenzentrierte Ansatz dieser Richtlinie erfordert dabei die enge Vernetzung und Absprache aller an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Pflegenden, weiterer Gesundheitsfachberufe wie Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten oder Soziotherapeutinnen und Soziotherapeuten sowie der entsprechenden Einrichtungen wie Praxen und Krankenhäusern.

In der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem gesetzlichen Auftrag¹ nach § 92 Absatz 6b SGB V wird ausgeführt: „Der vorgesehene Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung psychisch Kranker wird dahingehend konkretisiert, dass er sich insbesondere auf die Versorgung schwer psychisch kranker Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf bezieht. Um klarzustellen, dass sich der Regelungsauftrag nicht allein auf die psychotherapeutische Versorgung bezieht, sondern in die Koordinierung der Versorgung insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind, sind die Regelungen des G-BA in einer neuen eigenständigen Richtlinie zu treffen. Der Regelungsauftrag wird daher in einen neuen Absatz 6b verschoben. In Anlehnung an die für die Ausgestaltung der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA in Absatz 6a Satz 1 vorgesehene Klarstellung, wonach der G-BA Regelungen treffen kann, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren, wird für den neuen

¹ vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85

Regelungsauftrag nach Absatz 6b vorgesehen, dass der G-BA hierbei Regelungen treffen kann, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Darüber hinaus hat der G-BA für diese Patientengruppe auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“². Aus der Begründung des Gesetzentwurfs, die mit einem Änderungsantrag des Ausschusses für Gesundheit konkretisiert wurde, ergibt sich darüber hinaus: „Für eine berufsgruppenübergreifende Kooperation sollen Psychotherapeuten insbesondere mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern zusammenarbeiten. Daneben können weitere Berufsgruppen, wie beispielsweise Soziotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräfte, in die koordinierte und strukturierte Versorgung einbezogen werden. Durch diese Versorgung sollen Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt erleichtert werden. Einzubeziehen sind somit auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen sowie eine Vernetzung zur stationären oder stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung gemäß § 115d. Der G-BA kann leitliniengerechte Versorgungspfade festlegen, an denen sich die Leistungserbringer für eine strukturierte Versorgung orientieren. Durch abgestimmte Prozesse soll eine erhöhte Versorgungseffizienz erreicht werden. Zur Flexibilisierung des Versorgungsangebots sind hierbei auch niedrigschwellige Versorgungsangebote und erweiterte Gruppenangebote einzubeziehen [...]“³

Aus den hier dargelegten Ausführungen ist ersichtlich, dass es sich bei der Versorgung insbesondere von schwer psychisch Erkrankten nach dieser Richtlinie um eine spezielle Versorgungsform handelt. Sofern im Rahmen dieser Richtlinie über Leistungsinhalte aus anderen Richtlinien des G-BA hinausgegangen wird und unter Umständen sogar eine unmittelbare Wechselwirkung von Normen zu anderen Richtlinien offenbar wird, wird hiermit klargestellt, dass es sich bei dieser Richtlinie um einen Sonderbereich handelt, dessen Grenzen nicht die Regelungen in anderen Richtlinien des G-BA bilden und deren grundsätzliche Geltung unberührt bleibt.

2.1 A. Allgemeines

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen einher. Auf Grund dieser Einschränkungen und bei Vorliegen von schwer ausgeprägten psychopathologischen Symptomen besteht ein komplexer Behandlungsbedarf, der oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen verbunden ist.

Gleichzeitig haben die Erkrankten oftmals große Schwierigkeiten, die für sie erforderlichen Versorgungsmaßnahmen zu erreichen; es bleibt zu oft vielfältigen Umständen überlassen, ob sie ein geeignetes Versorgungsangebot finden und die Möglichkeit erhalten, ihren Versorgungsbedarf zeitnah zu realisieren. Für den Krankheitsverlauf kann das deutliche negative Auswirkungen, wie längere Krankheitsepisoden, schlechtere Behandlungsergebnisse oder vermeidbare Rückfälle, haben.

In Deutschland existiert zwar ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen, das jedoch durch die Vielzahl und Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nicht nur für die Betroffenen, sondern auch

² vgl. BT-Drs. 19/13585, S. 85 (Beschlussempfehlung und Bericht)

³ vgl. BT-Drs. 19/9770, S. 65 (Gesetzentwurf)

für die daran Beteiligten kaum noch zu überschauen ist. Ein strukturiertes und koordiniertes Versorgungssystem kann hingegen Wartezeiten reduzieren und einen verbesserten Zugang zu den erforderlichen Behandlungsangeboten ermöglichen.

Im Mittelpunkt der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V steht daher ein berufsgruppen- und sektorenübergreifender Netzverbund, der einer besseren Vernetzung und Verzahnung der Behandlungsangebote für die Patientinnen und Patienten und der an der Behandlung der jeweiligen Person beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern dienen soll. Ein Kern der Versorgung gemäß dieser Richtlinie ist die Bildung regionaler Zusammenschlüsse verschiedener Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer als Mitglieder eines Netzverbundes, die wiederum mit weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern Kooperationsverträge (im Folgenden Kooperationsvertragspartner) abschließen und bei Bedarf bestimmte Berufsgruppen oder Einrichtungen in die Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten einbeziehen beziehungsweise Berufsgruppen oder Einrichtungen außerhalb des SGB V berücksichtigen. Mit der Festlegung einer Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die Verantwortung für das Ineinandergreifen der verschiedenen Versorgungsbestandteile entsprechend des Gesamtbehandlungsplans trägt, und einer nichtärztlichen koordinierenden Person, welche die Patientinnen und Patienten bei der Inanspruchnahme der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen unterstützt, wird die persönliche Kontinuität über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

Die beschriebene Situation findet Eingang in § 1 Absätze 1 und 2, in denen die Definition von Zielen und Unterzielen getroffen wird, und in Absatz 3 mit Maßnahmen, die der Zielerreichung dienen sollen.

Um eine berufsübergreifende, koordinierte und strukturierte Kooperation auch von beschäftigten Personen in Praxen, Krankenhäusern inklusive ihren Psychiatrischen Institutsambulanzen oder sonstigen beteiligten Einrichtungen möglich zu machen, müssen Vereinbarungen innerhalb des Netzverbundes und mit den mit diesem kooperierenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern getroffen werden. Dabei sollen keine doppelten Versorgungsstrukturen entstehen, sondern die bestehenden Versorgungsangebote besser miteinander vernetzt werden. Im Sinne eines gestuften Versorgungssystems soll die Patientin oder der Patient abhängig von der vorliegenden Indikation, dem Schweregrad der Erkrankung und der Krankheitsphase die jeweils notwendige Krankenbehandlung erhalten.

Für die dazu erforderliche Administration einer so gestalteten Kooperation werden ebenfalls die Voraussetzungen geschaffen.

Für die tatsächliche Versorgung sind auch Vorgaben vorgesehen zur Berücksichtigung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern u.a. aus den Bereichen der Rehabilitation, Teilhabe oder kommunalen Daseinsvorsorge, die relevant sind für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, die zur Zielgruppe der Richtlinie gehören.

Einen besonderen Schwerpunkt der Richtlinie bilden die Vorgaben zur patientenbezogenen Koordination der Leistungen im Einzelfall im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans. Dazu werden die Aufgaben der Koordination beschrieben, aus welchen sich die Anforderungen an die die Koordination durchführende Person begründen. Es wird davon ausgegangen, dass es sich bei dieser Person nach Möglichkeit um eine Person handelt, die an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie ohnehin unmittelbar beteiligt und damit der Patientin oder dem Patienten vertraut ist. Damit wird die erforderliche Grundlage für den Aufbau einer auf Vertrauen gegründeten Beziehung geschaffen. Mit der Festlegung einer patientenindividuellen Bezugsärztin oder eines Bezugsarztes oder einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, die oder der die

Verantwortung für den diagnostischen und therapeutischen Prozess trägt, wird die persönliche Kontinuität während der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Behandlungssetting hinweg gewährleistet.

Mit der verbindlichen Vernetzung von an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern verbindet die Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V die bestehenden Behandlungsangebote insbesondere aus haus- und fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Versorgung, Psychiatrischen Institutsambulanzen und schließlich (teil-)stationärer und stationsäquivalenter Versorgung und trägt damit zu einer Strukturierung und Koordinierung des Versorgungssystems insbesondere schwer psychisch Erkrankter bei.

Die Richtlinie wird in drei Abschnitte unterteilt: Abschnitt A umfasst neben dem Zweck und den Versorgungszielen auch eine Definition der Patientengruppe (§ 2) und die Festlegung an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilnahmeberechtigten sowie einzubeziehenden und zu berücksichtigenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer (§ 3). Weitere Inhalte sind die Definition der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten (§ 4), die Definition der zuständigen Berufsgruppen für die Koordination der Patientinnen und Patienten (§ 5) sowie Festlegungen zu Aufgaben und Organisation des Netzverbundes (§ 6). Abschnitt B stellt die Patientenversorgung in den Mittelpunkt und konkretisiert den Zugang (§ 7) sowie die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 8). Darüber hinaus werden Regelungen zum Gesamtbehandlungsplan (§ 9), zur Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund (§ 10), zur Erleichterung des Sektorenübergangs (§ 11) sowie zur Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie (§ 12) getroffen. In Abschnitt C erfolgen Vorgaben zur Evaluation (§ 13).

2.1.1 § 1 Zweck und Versorgungsziele

Absatz 1

In Absatz 1 wird der Gegenstand der Richtlinie vorgegeben. Die Richtlinie regelt die Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Versicherter mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Dies schließt psychosomatischen Behandlungsbedarf mit ein, der für einen beträchtlichen Teil insbesondere der schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten besteht.

Absatz 2

In Absatz 2 wird die Verbesserung der Versorgung insbesondere für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten als Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie festgelegt. Zudem werden Unterziele formuliert, die die Verbesserung der Versorgung konkretisieren sollen. Zusätzlich wird klargestellt, dass es sich dabei um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf handelt. Somit sind „psychosomatische Behandlungsbedarfe“ auch dann von dem Begriff „psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungsbedarf“ mit umfasst, wenn sie nicht explizit benannt werden.

Zu 1.

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen werden durch das bestehende Versorgungssystem häufig unvollständig oder selten auch überhaupt nicht erreicht, da es ihnen auf Grund ihrer psychischen Verfassung oder des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus nicht möglich ist, ein geeignetes Versorgungsangebot zu finden und kontinuierlich in Anspruch zu nehmen. Als Unterziel wird daher ein niedrigschwelliger Zugang dieser Patientengruppe zur Versorgung formuliert. Dies soll durch leicht erreichbare, also regionale Angebotsstrukturen unter Einbezug des sozialen Umfeldes, welches sich häufig wohnortnah befindet, und durch Kooperationsverträge z. B. mit psychiatrischen Kliniken erreicht werden. Eine leicht erreichbare Angebotsstruktur ist dabei so weit wie möglich auf die Lebensverhältnisse und den Lebensmittelpunkt der behandelten Patienten ausgerichtet.

Zu 2.

Ein wichtiges Ziel der Versorgung ist eine zeitnahe Diagnostik und eine sich bei Bedarf unmittelbar anschließende Behandlung auch im Vergleich zu bestehenden Versorgungsformen.

Zu 3.

Als drittes Unterziel wird die Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie angestrebt. Die ambulante Behandlung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten in ihrem gewohnten Umfeld verbleiben und sich auch im Verlauf der Behandlung in ihren Lebenswelten erproben können.

Zu 4.

Viele Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen haben Schwierigkeiten, die Leistungen in Anspruch zu nehmen, die sie benötigen. Zudem fehlt es regelmäßig an einem strukturierten und kontinuierlichen Ineinandergreifen der verschiedenen Bestandteile der Behandlung, soweit mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Patientin oder den Patienten behandeln. Genau aus diesem Grund wird zum einen die Behandlungsleitung durch eine Bezugsärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten vorgegeben. Diese Vorgabe soll sowohl der Strukturierung als auch der Kontinuität der Behandlung dienen. Zum anderen ist es erforderlich, eine auf die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten bezogene Koordination anzubieten, die bei dem Umgang insbesondere mit der schweren psychischen Erkrankung ansetzt und dabei unterstützt, die Komplexleistung dieser Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Absatz 3

In Absatz 3 werden die Maßnahmen benannt, die der Erreichung des in Absatz 2 definierten Ziels bzw. der Unterziele dienen sollen. Um die Fähigkeit der Patientinnen und Patienten zur selbstbestimmten Teilnahme an der Behandlung zu fördern, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und Beratung über Behandlungsmöglichkeiten notwendig, um ggf. vorhandene Vorbehalte gegenüber einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung abzubauen und so die Voraussetzungen für einen gelingenden Therapie- und Behandlungsprozess zu schaffen.

Zu 1.

Gerade denjenigen, die bisher noch nicht wegen ihrer psychischen Erkrankung behandelt wurden, fällt es aufgrund der fehlenden Strukturierung des Versorgungsangebots oft schwer, die geeignete Behandlungsmöglichkeit zu identifizieren. Die Verbesserung des Zugangs zu einer bedarfsgerechten und berufsgruppenübergreifenden Versorgung ist für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen eine wichtige Maßnahme.

Zu 2.

Der Abklärung der jeweils vorliegenden psychischen Störung im Rahmen einer umfassenden Diagnostik und Feststellung des individuellen Behandlungs- und Versorgungsbedarfs kommt im Rahmen der Versorgung insbesondere von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten eine besondere Bedeutung zu. Nur so können notwendige Behandlungsmaßnahmen zeitnah und bedarfsgerecht eingeleitet werden, was auch dazu beiträgt, wiederholte Behandlungen ohne nachhaltigen Erfolg oder Fehl- bzw. Unterversorgung zu minimieren. Für den Versorgungsprozess ist dies von hoher Relevanz; entsprechend wichtig sind eine zeitnahe Diagnostik und eine sich - soweit erforderlich - daran anschließende Behandlung.

Zu 3.

Leitlinien sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Versorgung, die der Sicherung der Qualität der Behandlung und zugleich der Fehlerprävention dienen. Eine qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Behandlung wird daher als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie festgelegt.

Zu 4.

Als weitere Maßnahme wird die Behandlungsleitung durch eine Bezugärztin oder Bezugspsychotherapeutin bzw. durch einen Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten vorgegeben. Sie oder er stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab. Diese Vorgabe soll sowohl der Strukturierung als auch der Kontinuität der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie dienen.

Zu 5.

Als weitere Maßnahme zur Erreichung der Ziele dieser Richtlinie und zur Unterstützung der Behandlungsleitung wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzwerk verankert. Zum einen soll dadurch eine verbindliche Ansprechpartnerin bzw. ein verbindlicher Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten vorgesehen werden, die oder der z. B. auf die Patientin oder den Patienten zugeht und sie oder ihn zur Wahrnehmung der Behandlung motiviert.

Zu 6.

An der Versorgung insbesondere schwer psychisch erkrankter Menschen sind im Regelfall mehrere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Ein abgestimmter, für alle an der Behandlung Beteiligten verbindlicher Gesamtbehandlungsplan soll daher die verbesserte Koordination der Versorgung für die Patientinnen und Patienten fördern.

Zu 7.

Regelungen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung und umgekehrt verbessern, können Rückfälle und dadurch bedingte (Wieder-)Aufnahmen oder -Einweisungen vermeiden und führen damit unmittelbar zu einer Verbesserung der Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter.

Zu 8.

Bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ist die Interaktion mit ihrem sozialen Umfeld in der Regel von großer Bedeutung; daher ist dessen Einbezug von Beginn der Behandlung an notwendig und hilfreich. Die Patientin oder der Patient kann durch ihre oder seine unmittelbaren Bezugspersonen bei der Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen und der Wiedererlangung von alltagspraktischen Fähigkeiten unterstützt werden. Zudem können Angehörige und andere Bezugspersonen den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten wichtige Einblicke in deren Alltag und Krankheitsverlauf geben. Aus diesem Grund ist das soziale Umfeld in die Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie einzubinden.

Zu 9.

Schwer psychisch Erkrankte sind häufig auf Hilfen aus anderen Sozialleistungsbereichen angewiesen; daher wird der strukturierte Austausch und die Erleichterung der Kooperation mit Einrichtungen außerhalb der Gesundheitsversorgung nach dem SGB V als weitere Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung dieser Patientengruppe genannt. Daher sollen Netzverbände sich auch mit diesen Einrichtungen abstimmen, um eine strukturierte Inanspruchnahme solcher Leistungen zu ermöglichen. Da diese Richtlinie diese Einrichtungen nicht zu Kooperationsabsprachen verpflichten kann, richten sich entsprechende Regelungen an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des SGB V nach dieser Richtlinie. Diese sollen sich bemühen, mit entsprechenden regional vorhandenen komplementären Strukturen zusammenzuarbeiten.

2.1.2 § 2 Definition der Patientengruppe

Nach den Vorgaben des Gesetzgebers soll die neue Versorgung insbesondere auf schwer psychisch erkrankte Versicherte ausgerichtet sein, die einen komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aufweisen. Die Regelungen in § 2 dienen einer zielgenauen Identifikation der vorbeschriebenen Patientengruppe.

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in der Literatur als „people with severe mental illness“ beschrieben, leiden nicht nur unter den Symptomen ihrer Erkrankung, sondern auch unter den daraus entstandenen Beeinträchtigungen ihrer Aktivitäten des täglichen Lebens und ihrer psychosozialen Fähigkeiten.

Besonders betroffen von den Folgen der eingeschränkten psychosozialen Fähigkeiten sind Menschen, die in keinem funktionierenden sozialen Gefüge leben und daher vollumfänglich auf ihr eigenes Engagement angewiesen sind. Gerade diesen Menschen fällt es schwer, eine Krankenbehandlung einzufordern und kontinuierlich fortzusetzen. Daraus ergibt sich, dass nicht nur eine Behandlung der psychischen Symptomatik erforderlich ist, sondern auch eine Berücksichtigung der weiteren, sich aus der psychischen Erkrankung ergebenden Beeinträchtigungen. Diesem über eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne hinausgehenden, besonderen (komplexen) Behandlungsbedarf trägt die neue Versorgung nach dieser Richtlinie Rechnung.

Der besondere Behandlungsbedarf psychisch erkrankter Erwachsener unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von demjenigen psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Aufgrund dieses Umstandes, der Besonderheiten der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sowie vor dem Hintergrund einer relativ kurzen gesetzlichen Frist zur

Erarbeitung der Richtlinie hat sich der G-BA zunächst für eine Fokussierung der Patientengruppe ab dem vollendeten 18. Lebensjahr entschieden.

Um die besonderen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie die entsprechenden spezifischen Versorgungsangebote angemessen berücksichtigen zu können, ist eine umfassende Auseinandersetzung des G-BA mit der Thematik im Nachgang zur Beschlussfassung dieser Richtlinie erforderlich. Der G-BA wird daher zeitnah nach Beschlussfassung zu dieser Richtlinie die Beratungen zu einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung für Kinder und Jugendliche aufnehmen, in denen die besonderen Bedürfnisse und spezifischen Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendlicher berücksichtigt werden.

Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren, bei denen deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und bei denen ein komplexer psychiatrischer oder psychosomatischer oder psychotherapeutischer Behandlungsbedarf besteht, nach dieser Richtlinie versorgt werden. Erwachsenen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen fehlt häufig die Einbettung in ein soziales und berufliches Umfeld, das sie bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen stützt. Folglich gelangen diese Patientinnen und Patienten nur schwer in eine kontinuierliche Versorgung oder sie werden nicht in der Versorgung gehalten, weil diskontinuierliche Krankheitsverläufe zu unerwarteten Abbrüchen oder Unterbrechungen führen. Insbesondere auf diese spezifische Konstellation ist die neue Versorgung ausgerichtet, bei der eine nichtärztliche koordinierende Person die Patientinnen und Patienten durch die Behandlung leitet.

Im vorgenannten Sinne bestimmt Absatz 1 zusammenfassend die Personengruppe – Patientinnen und Patienten mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen ab 18 Jahren und komplexem Behandlungsbedarf – die eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten kann. In den folgenden Absätzen 2 bis 4 sind diese Kriterien dann differenziert bestimmt.

Dazu gehört neben dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auch, dass durch die Schwere der Erkrankung deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen vorliegen und zusätzlich ein komplexer Behandlungsbedarf besteht.

Im Rahmen der Indikationsstellung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ist auch zu beurteilen, ob diese Art der Versorgung für die Patientin oder den Patienten zielführend ist, oder ob andere – und wenn ja welche – Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen bei der Art und des Ausprägungsgrades der psychischen Störung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen erforderlich sind.

Absatz 2

In Absatz 2 wird die Patientengruppe durch die aufgelisteten Diagnosen charakterisiert. Die Versorgung nach dieser Richtlinie ist auf Versicherte ausgerichtet, bei denen ausgeprägte psychische Symptome einer mit unterschiedlichen kurativen Maßnahmen behandlungsbedürftigen primären psychischen Störung in der Regel über längere Zeit bestehen und die auf Grund der damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in ihren Alltagsfähigkeiten Schwierigkeiten haben, die Krankenversorgung zu erhalten, die sie benötigen.

Erkrankungen aus dem Abschnitt „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) des Kapitels V, Psychische und Verhaltensstörungen, der ICD-10-GM, wurden nicht in die Richtlinie aufgenommen. Dieser Abschnitt umfasst Störungsbilder, die nachweisbar durch eine zerebrale Krankheit, eine Hirnverletzung oder eine andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, verursacht sind. Dies wird i.d.R. bei der Diagnosestellung durch die Verwendung einer zweiten Kodierung, nämlich der den in F00-F09 klassifizierten Syndromen zugrundeliegenden Erkrankung aus dem entsprechenden Kapitel der ICD-10 GM, wie z.B. dem Kapitel VI „Krankheiten des Nervensystems“ (G00-G99), kenntlich gemacht.

Die im Abschnitt F00-F09 aufgeführten organischen psychischen Störungen unterscheiden sich sowohl aufgrund ihrer Ätiologie als auch hinsichtlich ihres Verlaufs und des Schwerpunkts der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, die notwendigerweise auf die Behandlung der ursächlichen organischen oder systemischen Erkrankung fokussieren, von denjenigen primären psychischen Störungen, die das Indikationsspektrum dieser Richtlinie bilden. Sie bedürfen daher einer darauf ausgerichteten, spezifischen Versorgung, die in dieser Form nicht Gegenstand dieser Richtlinie ist.

So zeichnen sich bspw. insbesondere die dementiellen Erkrankungen durch einen chronisch progredienten Verlauf aus, indem der kurative Anteil der Behandlungsmaßnahmen abnimmt und der Anteil komplementärer, pflegerischer Maßnahmen zunimmt. Vor diesem Hintergrund empfiehlt die S-3 Leitlinie „Demenzen“⁴ eine individualisierte Therapie: „Sie ist aufgrund variabler Symptom- und Problemkonstellationen individualisiert zu gestalten und muss auf die progrediente Veränderung des Schweregrads der Erkrankung abgestimmt sein.“ (S3-Leitlinie, S. 48). Dabei wird die Bedeutung der Hausärztin oder des Hausarztes, gerade aufgrund der langjährigen Kenntnis der Patientinnen und Patienten und ihres Umfeldes in der Leitlinie betont. Letzteres und ein daraus entstandenes Vertrauensverhältnis ermöglichen auch die Koordination der notwendigen Maßnahmen. Dem Bedarf nach einer störungsspezifischen und individualisierten Therapie kann besser durch Maßnahmen, wie beispielsweise in der Nationalen Demenzstrategie aufgeführt, Rechnung getragen werden. Versicherte mit neurologischen oder anderen somatischen Erkrankungen, bei denen zusätzlich auch eine der aufgelisteten Erkrankungen vorliegt, können eine Versorgung nach dieser Richtlinie erhalten, wenn auch die Bedingungen nach Absatz 3 und 4 erfüllt sind.

Bei der Evaluation der Richtlinie gemäß § 13 soll die Möglichkeit einer Einbeziehung von Erkrankungen aus dem Abschnitt „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (F00-F09) der ICD-10-GM berücksichtigt werden.

Absatz 3

In Absatz 3 wird die systematisierte Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus durch eine international wissenschaftlich anerkannte Klassifikation zur Beschreibung der psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen von psychisch erkrankten Menschen⁵, der Global Assessment of Functioning Scale (GAF)⁶, vorgegeben. Da eine Diagnose alleine i. d. R. keine ausreichende Aussage über den Schweregrad der psychischen Erkrankung zulässt, bedarf es zur Erfassung und Darstellung desselben eines weiteren Instruments. Schwere und anhaltende psychische Erkrankungen können insbesondere durch ihre Auswirkungen

⁴ AWMF, S3 Leitlinie „Demenzen“, Januar 2016, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf Zugriff: 09.09.2021

⁵ vgl. Pedersen G., Karterud S.: The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. Comprehensive Psychiatry 2012

⁶ Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

charakterisiert werden, d. h. durch damit einhergehende deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen.

Die GAF-Skala wurde als Instrument ausgewählt, weil sie eine aufwandsarme, störungsübergreifende Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus bei unterschiedlichen psychischen Störungen ermöglicht. Die Beurteilung beruht auf einer klinischen Gesamteinschätzung der Patientin oder des Patienten auf Basis des gesamten diagnostischen Prozesses. Zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus werden auf der GAF-Skala der Schweregrad der Symptomatik und die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Diese sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit angesiedelt.

Die GAF-Skala stellt ein zeitökonomisches, lizenzkostenfreies, reliables und valides sowie in der Versorgung psychisch Erkrankter etabliertes Fremdbeurteilungsinstrument dar. Hinzu kommt, dass die Ermittlung des psychosozialen Funktionsniveaus durch die GAF-Skala bereits in der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter etabliert ist und als ein Indikationskriterium für die Verordnung von häuslich psychiatrischer Krankenpflege gemäß § 37 SGB V und von Soziotherapie gemäß § 37a SGB V angewendet wird.

Als ein Zugangskriterium für eine Versorgung nach dieser Richtlinie wurde ein Orientierungswert von höchstens ≤ 50 auf der GAF Skala festgelegt. Dieser Wert beschreibt ein psychosoziales Funktionsniveau, das mit starken Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen einhergeht. Das können beispielsweise „Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation oder starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung“⁷ sein. Diese unterschiedlichen und ausgeprägten Beeinträchtigungen erfordern eine Behandlung durch mehrere Professionen (z.B. psychiatrisch-medikamentös, psychotherapeutisch, ergotherapeutisch, soziotherapeutisch). Ein psychosoziales Funktionsniveau in Höhe eines GAF-Werts von höchstens ≤ 50 bewirkt i. d. R., dass die Patientin oder der Patient nicht mehr in der Lage ist, geeignete Hilfen oder Behandlungsplätze zu finden, Behandlungstermine selbständig zu organisieren oder die notwendigen Behandlungen kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Um die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, bedarf diese Patientin oder dieser Patient einer koordinierten und strukturierten Versorgung, wie sie in dieser Richtlinie festgelegt ist.

Ein psychosoziales Funktionsniveau mit GAF-Werten größer 50 weist definitionsgemäß mäßig ausgeprägte Symptome aus (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit. Von diesen mäßig ausgeprägten Symptomen kann nicht mehr auf den Bedarf an einer Versorgung nach dieser Richtlinie geschlossen werden. Patientinnen und Patienten auf diesem psychosozialen Funktionsniveau sind in der Regel in der Lage, notwendige Behandlungsmaßnahmen selbständig in Anspruch zu nehmen und zu organisieren und benötigen dem entsprechend keine Versorgung nach dieser Richtlinie. Gemäß § 12 Absatz 2 Satz 3 ist die Versorgung nach dieser Richtlinie jedoch erst bei nachhaltigem Erreichen der Therapieziele zu beenden.

Derzeit können schwer psychisch Erkrankte bereits Soziotherapie gemäß § 37a SGB V und psychiatrisch häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V erhalten. Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme dieser Leistungen sind in der Soziotherapie-Richtlinie und in der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Als ein Instrument zur Ermittlung des Ausmaßes der durch eine schwere psychische Erkrankung

⁷ Global Assessment of Functioning Scale in DSM-IV-TR (Text Revision) von 2000, in deutscher Fassung von 2003, S. 24f.

hervorgehobenen Beeinträchtigung der Aktivität ist in beiden Richtlinien die Verwendung der GAF-Skala vorgegeben; Indikationskriterium ist bei beiden Leistungen neben den festgelegten Diagnosen ebenfalls ein mittels GAF ermitteltes Funktionsniveau von höchstens ≤ 50 .

Absatz 4

In Absatz 4 erfolgt eine Definition des komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs. Aus der Schwere der psychischen Erkrankung und den damit einhergehenden deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen resultiert die Notwendigkeit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer, psychotherapeutischer, psychiatrischer, psychosomatischer und psychosozialer Hilfen. Ein komplexer Behandlungsbedarf resultiert aus der Art und Ausprägung der individuell vorliegenden psychischen Störung und ggfs. weiterer psychischer und somatischer Komorbiditäten und ist charakterisiert durch eine zwischen mehreren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern unterschiedlicher Disziplinen abzustimmende, auf die aktuelle psychische Symptomatik ausgerichtete Krankenbehandlung. Ziele sind dabei, die psychische Erkrankung zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und, bei gegebener Notwendigkeit, somatische Begleiterkrankungen zu behandeln sowie durch den Einsatz weiterer notwendiger therapeutischer Maßnahmen, die darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern.

Wenn zur Erreichung des Behandlungsziels, Heilung, Linderung, oder Verhütung von Verschlimmerung der psychischen Erkrankung im Quartal der Einsatz von mindestens zwei Behandlungsmaßnahmen durch Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer unterschiedlicher Disziplin nach § 3 Absatz 2 bis 3 erforderlich ist (z.B. fachpsychiatrische Behandlung und Ergotherapie), besteht ein komplexer Behandlungsbedarf gemäß dieser Richtlinie. Insoweit ist eine Behandlungsmaßnahme mindestens einer Leistungserbringerin oder eines Leistungserbringers der in § 3 Absatz 2 Nummer 1 und 2 genannten Fachgruppe erforderlich.

2.1.3 § 3 Teilhabeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

Der Gesetzgeber hat das Problem identifiziert, dass eine hinreichende Versorgung von insbesondere schwer psychisch erkrankten Versicherten, inklusive des interdisziplinären Austauschs zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nicht immer im ausreichenden Maße erfolgt und daher insbesondere bei einem komplexen Behandlungsbedarf Stärkung erfahren muss.

Dieser Ansatz findet Ausdruck in der Bezeichnung der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V als „berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“, die in der Gesetzesbegründung auch noch klarer bezeichnet wird; hier werden neben Psychotherapeuten und anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern weitere Berufsgruppen, wie Ergotherapeuten, Soziotherapeuten und häusliche Krankenpflege benannt. Die Gesetzesbegründung sieht auch eine Einbeziehung der Psychiatrischen Institutsambulanzen vor.

Mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss in § 136a Absatz 2a Satz 31 SGB V ferner beauftragt, Regelungen für die Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bis zum 31. Dezember 2022 zu treffen. Bei einer

psychotherapeutischen Versorgung besteht nicht in allen Fällen das Erfordernis einer interdisziplinären Zusammenarbeit; im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie, die insbesondere auf die berufsgruppenübergreifende Versorgung ausgerichtet ist, ist sie jedoch unbedingt erforderlich. Insoweit wird der Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit u. a. durch die Bildung eines interdisziplinären Netzverbundes sowie durch Regelungen über die Koordination der patientenindividuellen Versorgung und z.B. gemeinsamer Qualitätszirkel und Fallbesprechungen Rechnung getragen.

Eine gelingende multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzt das Zusammenwirken der an der Versorgung beteiligten Gesundheits(fach)berufe, und dies unabhängig von deren institutioneller Verortung, voraus.

Der Gesetzgeber geht in der Begründung zu § 92 Absatz 6b SGB V über die psychotherapeutische Versorgung hinaus und formuliert die Zielsetzung, dass insbesondere auch die psychiatrische Versorgung und weitere gegebenenfalls erforderliche Versorgungsbereiche einzubeziehen sind. Die Übergänge von stationärer zu ambulanter Versorgung und umgekehrt sollen erleichtert werden.

Die Regelungen in § 3 stellen dementsprechend eine Auflistung der an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dar, die bei der Behandlung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle einnehmen. Darüber hinaus werden konkrete Vorgaben für die Einbindung in die Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen.

Absatz 1

In Absatz 1 wird geregelt, unter welchen Voraussetzungen und welche Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie berechtigt und damit letztendlich nach dieser Richtlinie abrechnungsbefugt sind. Dies sind Netzverbundmitglieder, und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die in § 3 Absatz 3 genannt sind und mit dem Netzwerk einen Kooperationsvertrag geschlossen haben, und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die bei Bedarf in die Versorgung des jeweiligen Patienten einbezogen werden sowie ärztliche, psychotherapeutische und nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V, die bereits die Patientin oder den Patienten wegen der psychischen Erkrankung im Sinne des § 2 behandeln.

Ergänzend bedarf es für die Teilnahmeberechtigung dieser Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einer Genehmigung des Netzverbundes durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung (vgl. Absatz 9).

Absatz 2

In Absatz 2 wird festgelegt, dass der Netzwerk ein vertraglicher Zusammenschluss der in Satz 2 abschließend genannten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist, der die kontinuierliche, vernetzte, berufsgruppenübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung gewährleistet. Diese Vertragspartner sind sogenannte Netzwerkmitglieder.

Bei den getroffenen Regelungen handelt es sich um zahlenmäßige Mindestvorgaben; diese sollten auch in dünner besiedelten, ländlichen Regionen ein Angebot an Netzwerken ermöglichen.

Um ein ausreichendes und stabiles Versorgungsangebot sicherzustellen, ist eine kritische zahlenmäßige Größe von mindestens 10 Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen

und Psychotherapeuten, die für die Versorgung nach dieser Richtlinie zur Verfügung stehen, erforderlich. Zur Förderung einer weiten und zeitnahen Implementation werden hierfür jeweils vier an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten festgelegt. Dies sind entweder selbst unmittelbar Netzverbundmitglied oder bei einem Netzverbundmitglied mit Anstellungsgenehmigung (z. B. einem MVZ) angestellt. Es handelt sich um Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie. Bei diesen handelt es sich um die maßgeblichen ärztlichen und psychotherapeutischen Professionen zur Behandlung der von der Richtlinie erfassten Patientengruppe. Die Gruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten umfasst dabei zum einen die Ärztinnen und Ärzte mit einer fachgebundenen Weiterbildung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ und zum anderen die psychologischen Psychotherapeuten (§ 1 Psychotherapeutengesetz).

Mit dem Netzverbund wird eine organisatorische Einheit geschaffen, die wiederum Grundvoraussetzung für die Berechtigung der in der Richtlinie festgelegten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist, an der Versorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen. Der Netzverbund nimmt nicht selbst als Rechtsperson an der Versorgung nach dieser Richtlinie teil.

Zur Regionalität

Der Netzverbund ist regional auszulegen, damit Patientinnen und Patienten die verschiedenen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer des Netzverbundes erreichen können. Sowohl die Arztgruppe der Nervenärzte, zu der die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde und die Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie gehören, als auch die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst, werden im Rahmen der Bedarfsplanung auf Kreisebene geplant (vgl. § 12 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Der Ausgangspunkt für die Bewertung der Regionalität sollte daher der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt sein. So kann der regionale Bezug des Netzverbundes insbesondere zu Kooperationsvertragspartnern und Angeboten außerhalb des SGB V sichergestellt werden. Eine Abgrenzung dieser Teilgebiete sollte daher aus Versorgungsgesichtspunkten, wie zum Beispiel räumlichen oder infrastrukturellen Besonderheiten, erfolgen und muss nicht notwendigerweise an den Grenzen eines Landkreises ausgerichtet sein.

Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung an der Versorgung nach dieser Richtlinie der Abschluss von Kooperationsverträgen durch den Netzverbund mit weiteren Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern ist. Dazu ist je Netzverbund mindestens ein Kooperationsvertrag mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene zu schließen. Verfügt es über eine Psychiatrische Institutsambulanz, kann das Krankenhaus auch durch diese Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen (zur Ermächtigung der Psychiatrischen Institutsambulanz für die Möglichkeit der Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie vgl. auch § 118 Absatz 1 und 2 SGB V ; geändert durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der

Gesundheitsversorgung, BGBl. I 2021, S. 2752). Die Definition für ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V mit psychiatrischer oder psychosomatischer Einrichtung für Erwachsene ergibt sich aus § 17d Absatz 1 KHG.

Darüber hinaus ist ein Kooperationsvertrag mit mindestens einer soziotherapeutischen Leistungserbringerin bzw. einem soziotherapeutischen Leistungserbringer mit einem Vertrag gemäß § 132b SGB V oder einer Ergotherapeutin bzw. einem Ergotherapeuten nach § 124 SGB V oder einem Leistungserbringer, der oder die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen hat, zu schließen. Durch die Beschränkung auf eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer der Ergotherapie, Soziotherapie oder der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege soll vermieden werden, dass Netzverbände nicht gegründet werden können, weil nicht all diese Berufsgruppen eingebunden sind.

Mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser muss in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein. Die Regelungen zu den landesrechtlichen Verpflichtungen der Kliniken werden jeweils durch die einzelnen Bundesländer getroffen. Es handelt sich dabei in der Regel um eine über die alleinige Ausweisung des Krankenhauses im Krankenhausplan des Landes hinausgehende Pflicht zur regionalen psychiatrischen Versorgung.

Eine bundeseinheitliche Definition für regionale psychiatrische Versorgungsverpflichtung steht daher nicht zur Verfügung. Ein typisches Merkmal ist die landesrechtliche Verpflichtung psychiatrischer Krankenhäuser/Fachabteilungen, Patientinnen und Patienten eines definierten regionalen Einzugsbereiches aufzunehmen, sofern diese entweder

- nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) (Vormundschaft, Pflegschaft) bzw. nach dem Betreuungsgesetz (BtG) eingewiesen werden oder
- stationär behandlungsbedürftig sind und sich freiwillig aufnehmen lassen wollen.

Der G-BA sieht vor, die Vorgabe, dass mindestens eines der kooperierenden Krankenhäuser in der Region des Netzverbundes für die regionale psychiatrische Pflichtversorgung zuständig sein muss, im Rahmen der Evaluation daraufhin zu überprüfen, ob eine mangelnde Kooperationsbereitschaft von Pflichtversorgern die Bildung von Netzverbänden behindere.

Zusätzlich ist die Kooperation mit einem Krankenhaus anzustreben, das über psychosomatische Kompetenzen verfügt. Dabei kann es sich um das Vorhandensein einer spezifischen Fachabteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie handeln oder aber eine entsprechende fachärztliche Kompetenz, z. B. durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Der Netzverbund arbeitet mit seinen Kooperationsvertragspartnern im Sinne der Versorgung eng und vertrauensvoll zusammen.

Die Kooperationsverträge enthalten Regelungen, die den Vorgaben des § 6 entsprechen. Es handelt sich insbesondere um organisatorische und infrastrukturelle Vorgaben. Zur Verbesserung der Zusammenarbeit können ergänzend zusätzliche Inhalte in den Verträgen vereinbart werden. Dazu gehören Vereinbarungen über die jeweilige Erreichbarkeit, die vorhandenen Kapazitäten zur Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Absprachen zur gegenseitigen Information und Prozessgestaltung (beispielsweise bei den Übergängen zwischen den Sektoren).

Absatz 4

In Absatz 4 wird festgelegt, dass im begründeten Einzelfall bei Bedarf zusätzliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in die Versorgung nach dieser Richtlinie einbezogen werden können. Es kann sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 oder 3 handeln oder um Weitere für den Behandlungsbedarf erforderliche.

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben, kann es im Rahmen der Transitionsphase erforderlich sein, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einzubinden, um Versorgungsbrüche zu vermeiden.

Absatz 5

In Absatz 5 wird eine Auswahl an Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und Einrichtungen aufgelistet, die bei Bedarf im Rahmen der Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie berücksichtigt werden sollten. Durch diese Auflistung sollen die Netzverbundmitglieder sensibilisiert werden, auch in einen Austausch mit Berufsgruppen und Einrichtungen außerhalb des SGB V zu treten und so das in § 1 Nummer 9 formulierte Versorgungsziel zu verfolgen.

Dabei kann die Zusammenarbeit mit u. a. Rehabilitationseinrichtungen und zugelassenen voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sehr wichtig sein. Weitere wichtige Einrichtungen können z.B. Suchtberatungsstellen, Traumaambulanzen, Selbsthilfeorganisationen und psychosoziale Einrichtungen sein. Ein zentrales Element ist hierbei die Zustimmung der Patientin oder des Patienten zum Austausch zwischen der Einrichtung, der nichtärztlichen koordinierenden Person, der Ärztin oder dem Arzt sowie der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten.

Der Umfang dieser nicht abschließenden Aufzählung macht deutlich, wie hoch der Bedarf insbesondere schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten an koordinierender Unterstützung und Begleitung ist.

Zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie nicht berechtigt im Sinne des § 3 Absatz 1 sind Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen im Sinne des Absatzes 5.

Absatz 6

In Absatz 6 wird klargestellt, dass sich die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und der Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten orientieren, dass aber auch Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen, die nicht mehr verliehen werden, die aber inhaltlich den Vorgaben entsprechen, im Rahmen der Qualifikationsprüfungen die Anforderungen erfüllen.

Absatz 7

In Absatz 7 werden die Grundsätze der Versorgung nach dieser Richtlinie dargestellt. Menschen mit insbesondere schweren psychischen Erkrankungen haben einen individuellen Behandlungsbedarf, der durch einen regionalen Netzverbund berufsgruppenübergreifend

erfüllt werden soll, wobei wiederum weitere Leistungserbringer u. a. über Kooperationsverträge nach § 3 Absatz 3 einbezogen werden und bei Bedarf die Einbeziehung weiterer Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 4 und 12 erfolgt. Hierfür wird von einer Bezugsärztin oder einem Bezugsarzt bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder einem Bezugspsychotherapeuten ein Gesamtbehandlungsplan erstellt, der die verschiedenen Behandlungselemente der unterschiedlichen einbezogenen Berufsgruppen enthält und auf der Grundlage der Behandlungsziele ausrichtet. Er oder sie arbeitet eng mit einer nichtärztlichen koordinierenden Person zusammen, die die Patientin oder den Patienten im Rahmen der Behandlung unterstützt und u.a. zur Fortsetzung der Behandlung motiviert.

Absatz 8

In Absatz 8 wird eine Regelung getroffen, die sich ausschließlich auf die Behandlungen von sucht- und substanzbezogenen Störungen im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie bezieht. Schwere Ausprägungsgrade von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (gemäß ICD-10 Kapitel F1) können zu erheblichen psychosozialen Einschränkungen mit intensiver Inanspruchnahme des Versorgungssystems und somit zu einem komplexen Behandlungsbedarf führen. Die Behandlung dieser Erkrankungen erfordert primär eine störungsspezifische Therapie durch suchtmedizinisch und suchttherapeutisch spezialisierte Therapeutinnen oder Therapeuten. Für die Behandlung steht ein differenziertes und störungsspezifisch ausgerichtetes, gut funktionierendes Behandlungs- und Beratungssystem zur Verfügung (z.B. für die Akutbehandlung: stationäre oder ambulante Entgiftung, qualifizierte Entzugsbehandlung, oder für die Postakutbehandlung: ambulante, ganztägig ambulante bzw. teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung/Rehabilitation, Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation, medikamentöse Rückfallprophylaxe, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen usw.).

Um für Patientinnen und Patienten, die aufgrund von schweren psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen einen komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aufweisen und daher nach dieser Richtlinie behandelt werden sollen, einen schnellen und koordinierten Zugang zu suchtspezifischen Behandlungs- und Beratungsmaßnahmen zu ermöglichen, wird an dieser Stelle klargestellt, dass es in diesen Fällen erforderlich ist, dass eines der mit dem Netzverbund gemäß § 3 Absatz 3 kooperierenden Krankenhäuser eine qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen durchführen kann.

Absatz 9

In Absatz 9 werden Vorgaben zur Prüfung der formalen Voraussetzungen der Netzverbände gemacht. Die Prüfung erfolgt durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung; hierfür sind der Netzverbundvertrag und die Kooperationsverträge vorzulegen. Bei Erfüllung der Vorgaben nach dieser Richtlinie wird durch die Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung erteilt. Diese ist die Voraussetzung für die Berechtigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie der gegenwärtigen sowie künftigen Mitglieder und Kooperationsvertragspartner dieses Netzverbundes sowie solcher Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die auf Wunsch der Patientin oder des Patienten nach Absatz 12 und solchen, die bei Bedarf gemäß Absatz 4 in die Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch diesen Netzverbund einbezogen werden.

Zudem werden Festlegungen zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes und bei den Kooperationsvertragspartnern getroffen. Entsprechende Änderungen – auch an den Netzwerk- und Kooperationsverträgen – sind der Kassenärztlichen Vereinigung mitzuteilen.

Werden die Mindestvoraussetzungen für die Bildung eines Netzverbundes durch eine Veränderung in der Zusammensetzung nicht unterschritten, ist die Aufnahme neuer oder das Ausscheiden von Mitgliedern der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung innerhalb von drei Monaten anzuzeigen. Gleiches gilt für die Kooperationsvertragspartner des Netzverbundes nach § 3 Absatz 3. In den Fällen der Nichtunterschreitung der Mindestvoraussetzungen kann davon ausgegangen werden, dass auch bei einer veränderten Zusammensetzung des Netzverbundes die angestrebte berufsgruppen- und sektorenübergreifende Versorgung nach dieser Richtlinie aufrechterhalten werden kann. Einer erneuten oder weiteren Genehmigung bedarf es insoweit nicht.

Absatz 10

In Absatz 10 werden Festlegungen zur Anzeige von Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner, die zu einem Unterschreiten der in § 3 Absatz 2 und 3 genannten Mindestvoraussetzungen führen, und des dadurch ggf. bedingten Entzugs der Genehmigung zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie getroffen. Da bei Unterschreitung dieser definierten Mindestvoraussetzungen die angestrebte berufsgruppenübergreifende Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gewährleistet werden kann, ist dies der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich anzuzeigen.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat in diesem Fall nach sechs Monaten die Genehmigung zu entziehen, wenn die Wiedererfüllung der Mindestvoraussetzungen in dieser Zeit durch den Netzwerk nicht nachgewiesen wird. Der Netzwerk hat dafür Sorge zu tragen, dass die weitere Versorgung von Patientinnen und Patienten auch dann sichergestellt wird, wenn die Mindestvoraussetzungen vorübergehend nicht erfüllt werden oder wenn die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung entzieht.

Absatz 11

Damit eine größere Publizität des Versorgungsangebots erfolgt, teilen die Netzverbände den Kassenärztlichen Vereinigungen und den zuständigen Landeskrankenhausgesellschaften ihr Angebot im Rahmen der neuen Versorgung und ihre Erreichbarkeit zur Veröffentlichung im Internet mit. Die Veröffentlichung sollte barrierefrei sein. Zur Information der Versicherten ist das Verzeichnis auch den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in maschinenlesbarer Form zur Verfügung zu stellen. Zur Unterstützung des zeitnahen Zugangs soll das Verzeichnis wesentliche Informationen über Angebot und Erreichbarkeit des jeweiligen Netzverbundes beinhalten. Hierzu zählen Erreichbarkeitszeiten des Netzverbundes sowie insbesondere Name und Adresse der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, Kooperationsvertragspartnerinnen und Kooperationsvertragspartner sowie Informationen zum Leistungsangebot.

Absatz 12

Sowohl die Überleitung von der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung außerhalb dieser Richtlinie in die Versorgung nach dieser Richtlinie als auch umgekehrt erfordern eine enge Kooperation von bereits vorbehandelnden ärztlichen,

psychotherapeutischen und nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit dem Netzverbundmitgliedern und Kooperationsvertragspartnern. Im Patienteninteresse sind sowohl die Vortherapien zu berücksichtigen, als auch ein nahtloser Übergang in die Versorgung außerhalb dieser Richtlinie zu gewährleisten, sonst würde lediglich eine weitere Fragmentierung der Versorgungsstrukturen erreicht. Gerade Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen sind z.B. häufig bereits längere Zeit bei verschiedenen Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Behandlung und möchten diese auch im Rahmen der Komplexversorgung nach dieser Richtlinie noch fortsetzen.

Absatz 12 regelt daher den Einbezug von ggf. vorhandenen vorbehandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, die dem Netzverbund z. B. nicht beitreten möchten. Hierbei kann es sich z. B. um Fachärztinnen oder Fachärzte und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung handeln; es können aber auch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zum Beispiel aus dem Bereich der Ergotherapie, der Soziotherapie und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege die Behandlung weiterhin betreuen. Voraussetzung ist sowohl, dass es sich um Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach dem SGB V handelt, als auch, dass diese den Gesamtbehandlungsplan unterstützen und sich bereit erklären, an den Fallbesprechungen des Netzverbundes teilzunehmen, in denen die von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten thematisiert werden.

2.1.4 § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut

Absatz 1

Ein zentrales Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Implementierung einer Bezugärztin oder eines Bezugsarztes bzw. einer Bezugspsychotherapeutin oder eines Bezugspsychotherapeuten, welche bzw. welcher die Verantwortung für die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans sowie das Ineinandergreifen der Versorgungsbestandteile der Versorgung nach dieser Richtlinie trägt.

Brüche an den Übergängen der Versorgungssektoren, fehlende Kontinuität der behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und die unzureichende Abstimmung von Versorgungsbestandteilen sind häufig berichtete Defizite bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Deshalb wird für die Versorgung nach dieser Richtlinie in Absatz 1 eine Bezugärztin oder ein Bezugsarzt bzw. eine Bezugspsychotherapeutin oder ein Bezugspsychotherapeut etabliert, die oder der für die Dauer der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie als feste Ansprechpartnerin oder fester Ansprechpartner für die Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht. Sie oder er ist verantwortlich dafür, dass die diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt sind und entsprechend des Gesamtbehandlungsplans ineinandergreifen. Die Rolle kann durch die in Absatz 1 genannten Fachärztinnen und Fachärzte oder psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten übernommen werden, die Netzverbundmitglieder gemäß § 3 sind oder bei einem solchen Netzverbundmitglied über eine Anstellungsgenehmigung angestellt sind. Voraussetzung ist, dass diese über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen und die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 delegieren können. Statt eines vollen Versorgungsauftrages ist bei einem über eine Anstellungsgenehmigung angestellten Fachärztin oder Facharzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten eine Vollzeittätigkeit erforderlich. Diese

Anforderungen sind geboten um sicherzustellen, dass die in § 6 festgelegten Standards erfüllt werden können.

Vor dem Hintergrund der in der ambulanten Versorgung bestehenden Versorgungsstrukturen insbesondere bei psychiatrischen und psychosomatischen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist für die Betreuung der Patientinnen und Patienten aufgrund des inhaltlichen und zeitlichen sowie fachlichen Umfangs der Versorgung ein voller Versorgungsauftrag im Sinne des § 19a Absatz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung erforderlich. Reduzierte Versorgungsaufträge sind häufig auf feste Zeiten - auch aufgrund weiterer beruflicher Verpflichtungen – festgelegt. Die erforderliche Flexibilität der Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisenzustände kann mit einem reduzierten Versorgungsauftrag nicht gewährleistet werden. Insbesondere um eine Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht wie die Bezugärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut vertraut ist. Eine zentrale Anforderung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ist eine gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine für Eingangssprechstunden und differenzialdiagnostische Abklärung. Weiterhin ist es zwingend erforderlich, dass die nichtärztliche koordinierende Person in enger Abstimmung mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeut steht, insbesondere um die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sicherzustellen. Die Anforderungen sind zudem verhältnismäßig, da eine Mitgliedschaft im Netzwerk und damit Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie sowohl für Fachärztinnen und Fachärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich ist, ohne diese besonderen Anforderungen erfüllen zu müssen.

Alternativ können auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, welches Kooperationsvertragspartner des Netzverbundes ist, tätige Fachärztinnen und Fachärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder die Rolle der Bezugärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten übernehmen. Es gelten die oben genannten Voraussetzungen entsprechend, wobei hier eine Vollzeitstelle zur Sicherstellung der Erreichbarkeit heranzuziehen ist. Zudem müssen im Kooperationsvertrag Regelungen, in welcher Weise eine Patientin oder ein Patient einen Bezugsarzt bzw. eine Bezugärztin oder einen Bezugspsychotherapeuten oder eine Bezugspsychotherapeutin erhält, umgesetzt und vereinbart werden; es erfolgt eine organisatorische und infrastrukturelle Einbindung der Bezugärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten (siehe § 3 Absatz 3 Satz 1, § 4 Absatz 2 und § 6 Absatz 4).

Es ist nicht notwendig, dass alle erforderlichen Leistungen durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten selbst erbracht werden. So kann diese Rolle durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten auch dann wahrgenommen werden, wenn beispielsweise eine erforderliche Verordnung einer medikamentösen Versorgung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt des Netzverbundes im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans vorgenommen wird. Einschlägige berufsrechtliche und vertragsrechtliche Grenzen von Diagnostik und Therapie sind zu beachten und bleiben von den Bestimmungen dieser Richtlinie unberührt.

Absatz 2

Der Netzverbund hat gemäß Absatz 2 festzulegen, wie eine erkrankte Person, deren Anspruch auf Versorgung nach dieser Richtlinie im Rahmen der Eingangssprechstunde und nach differenzialdiagnostischer Abklärung festgestellt wurde, eine Bezugärztin oder einen Bezugsarzt oder eine Bezugspsychotherapeutin oder einen Bezugspsychotherapeuten, erhält. Dabei wird die Fachärztin bzw. der Facharzt oder die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut, die oder der den Gesamtbehandlungsplan gemäß § 9 auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung erstellt, Bezugärztin oder Bezugsarzt bzw. Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut. Diese Festlegung sollte grundsätzlich für den gesamten Zeitraum der Versorgung gelten, um die Kontinuität im diagnostischen und therapeutischen Behandlungsprozess gewährleisten zu können. Dennoch kann auch ein Wechsel der Bezugärztin oder des Bezugsarztes oder der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten, im Verlauf der Behandlung erforderlich werden. Die Präferenzen und Wünsche der Patientin oder des Patienten sind zu berücksichtigen.

Absatz 3

In Absatz 3 werden die Aufgaben der Bezugärztin oder des Bezugsarztes bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder des Bezugspsychotherapeuten bestimmt.

Zu 1.

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut stellt auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung und in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Gesamtbehandlungsplan auf. Der Gesamtbehandlungsplan sollte in regelmäßigen Zeitabständen im Hinblick auf die Krankheitsentwicklung der Patientin oder des Patienten einer Prüfung unterzogen und ggf. angepasst werden. Die nichtärztliche koordinierende Person ist hierbei einzubeziehen, da diese für das Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, beispielsweise durch Terminvereinbarungen oder Motivierung der Patientin oder des Patienten zur Inanspruchnahme der Krankenbehandlung, verantwortlich ist.

Zu 2.

Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut hat die Behandlung unverzüglich einzuleiten; entsprechend des patientenindividuellen Behandlungsbedarfs sind auch (teil-)stationäre oder stationsäquivalente Maßnahmen zu veranlassen.

Zu 3.

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals auch mit somatischen Komorbiditäten einher. Aus diesem Grund ist durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten auch eine somatische Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen und auf eine ggf. erforderliche Behandlung der somatischen Komorbiditäten hinzuwirken.

2.1.5 § 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen mit zum Teil erheblichen Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags, der Selbstfürsorge, der Freizeit, im sozialen Miteinander und der beruflichen Leistungsfähigkeit einher. Viele dieser Patientinnen und Patienten sind krankheitsbedingt nicht in der Lage, die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten eigenständig in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig verlieren sie im komplexen psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem den Überblick. Die Inanspruchnahme der unterschiedlichen notwendigen Behandlungsmaßnahmen bei unterschiedlichen Berufsgruppen an unterschiedlichen Orten stellt nicht nur für die Patientin oder den Patienten, sondern auch für die Behandlungsplanung eine besondere Herausforderung dar.

Absatz 1

In Absatz 1 wird eine Vorgabe zur Verortung der Koordinationsfunktion getroffen. Die damit verbundenen, zeitaufwändigen Tätigkeiten wie die Organisation von Gruppentherapien oder die Vermittlung von Behandlungsterminen soll dabei nicht von der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt oder der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten selbst wahrgenommen werden, daher wird die Koordinationsfunktion durch diese oder diesen an eine der in Absatz 2 genannten nichtärztlichen Berufsgruppen übertragen, also angeordnet und weiterhin verantwortet.

Die Tätigkeiten der nichtärztlichen koordinierenden Person verfolgen die Zielsetzung, die Patientinnen und Patienten in der Versorgung zu halten, Termine zu vereinbaren und erforderlichenfalls wöchentlich mit der Patientin oder dem Patienten zu sprechen. Zudem soll die nichtärztliche koordinierende Person die verschiedenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer vernetzen und operative Tätigkeiten zur unterstützenden Steuerung der Patientinnen und Patienten in dieser neuen Versorgungsform übernehmen. Der entsprechende Zeitaufwand ist je nach Schwere der Erkrankung und dem psychosozialen Funktionsniveau nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt bzw. eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten zu leisten, ohne dass deren Behandlungskapazitäten reduziert werden. Die enge interprofessionelle Zusammenarbeit der nichtärztlichen koordinierenden Person mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt der der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten bereichert das Spektrum der Betreuungsmöglichkeiten und der Intensität der Versorgung im Sinne der Richtlinie und stellt sicher, dass die Patientin oder der Patient optimal begleitet wird, so dass die Therapieziele der Versorgung nach dieser Richtlinie erreicht werden können. Es ist hiermit sicherzustellen, dass die Koordinationsleistung hilft, den Gesamtbehandlungsplan umzusetzen. Die namentliche Benennung dieser Person erfolgt im Gesamtbehandlungsplan.

Die Koordinationsfunktion sollte für jede Patientin oder jeden Patienten grundsätzlich kontinuierlich durch dieselbe Person übernommen werden, damit sich ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann.

Absatz 2

In Absatz 2 wird eine Auflistung der Berufsgruppen vorgenommen, die die Koordinationsfunktion übernehmen können. Bei den in Nummer 1. bis 3. genannten Berufsgruppen wird eine bestehende Qualifikation bei der Behandlung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten vorausgesetzt. Da es sich insbesondere bei schweren psychischen

Erkrankungen um komplexe Krankheitsbilder handelt, ist darüber hinaus bei den genannten Berufsgruppen der Nummern 4. bis 8. eine fachspezifische Zusatzqualifikation die Kenntnisse im Umgang mit psychischen Erkrankungen belegt (beispielsweise die Fortbildung „Neurologie und Psychiatrie“ für Medizinische Fachangestellte der Bundesärztekammer), oder alternativ eine zweijährige einschlägige Berufserfahrung in diesem Bereich erforderlich. Bei der Berufserfahrung können Ausbildungszeiten berücksichtigt werden. Weitere konkretisierende Vorgaben zur Ausgestaltung der Zusatzqualifikation erfolgen nicht, die Prüfung der Erfüllung der Anforderungen erfolgt im Genehmigungsverfahren nach § 3 Absatz 9. Bei der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen unter Nummer 7 sind akademisch ausgebildete Pflegekräfte mit umfasst.

2.1.6 § 6 Aufgaben und Organisation des Netzverbundes

Eine verbesserte, nicht nur berufsgruppen-, sondern auch sektorenübergreifende Kooperation kann zur Reduzierung bzw. Verhinderung von Versorgungsabbrüchen und unnötigen Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten führen. In § 6 wird daher festgelegt, dass durch die Netzverbundmitglieder Standards für die Zusammenarbeit im Netzwerk und mit den Kooperationsvertragspartnern zu erarbeiten sind.

Absatz 1

In Absatz 1 sind Vorgaben enthalten, die der Tätigkeit der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Netzwerk einen Rahmen geben. Es handelt sich um eine kumulative Aufzählung hinsichtlich spezieller, zu treffender Organisations- und Infrastrukturvorgaben.

Zu 1.

Da viele Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht nur ambulante Behandlungsangebote benötigen, sondern auch stationäre Aufenthalte erforderlich sein können, ist eine Koordination der Versorgung von besonderer Bedeutung. Durch Nummer 1 wird adressiert, dass die Koordination der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie durch den Netzwerk nicht nur berufsgruppenübergreifend, sondern auch strukturiert und sektorenübergreifend zu erfolgen hat. Der Netzwerk hat durch entsprechende Regelungen dafür zu sorgen, dass die Vorgaben für die Koordination der Versorgung nach § 5 gewahrt werden.

Zu 2.

Die Netzverbände bieten für die Patientinnen und Patienten Eingangssprechstunden an. Der Erstkontakt der Patientin oder des Patienten zum Netzwerk erfolgt in einer Eingangssprechstunde nach Überweisung oder Empfehlung zeitnah, dies bedeutet in der Regel innerhalb von sieben Werktagen. Diese Vorgehensweise bezieht sich auf die Konstellation, dass andere Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer einen komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf vermuten oder festgestellt haben. Darüber hinaus besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass die Patientin oder der Patient unmittelbar, d.h. ohne Überweisung oder Empfehlung, einen Termin für die Eingangssprechstunde vereinbart. Auch in diesem Fall sollte der Patientin oder dem Patienten in der Regel innerhalb von sieben Werktagen ein Termin vermittelt werden. Regelungen für den Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie nach einer stationären Entlassung ergeben sich aus § 11.

Die Eingangssprechstunde dient dazu eine erste Diagnostik durchzuführen, um festzustellen, ob die Patientin oder der Patient die Voraussetzungen nach § 2 zur Behandlung nach dieser Richtlinie erfüllt. Dies erste Diagnostik ist im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung zu prüfen und erforderlichenfalls zu korrigieren.

Zu 3.

Sofern nach einer ersten Untersuchung und Diagnosestellung in der Eingangssprechstunde festgestellt wurde, dass eine Patientin oder ein Patient die Voraussetzungen nach § 2 zur Behandlung nach dieser Richtlinie erfüllt, so ist es erforderlich, dass die differenzialdiagnostische Abklärung zeitnah, d.h. in der Regel innerhalb von sieben Werktagen, begonnen wird, um den Gesamtbehandlungsplan zu erstellen und mit der koordinierten Versorgung nach dieser Richtlinie beginnen zu können.

Zu 4.

Nach Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie sollte die sich anschließende Behandlung möglichst schnell beginnen. Als erster Schritt erfolgt hierzu die Erstellung des Gesamtbehandlungsplanes (siehe § 9). Ein zeitnaher Beginn soll als „innerhalb von sieben Werktagen nach differenzialdiagnostischer Abklärung begonnen“ verstanden werden, um dem Ziel einer Vermeidung von Wartezeiten und Verzögerungen des Behandlungsbeginns zu genügen (vgl. § 1 Absatz 2 Nr. 1).

Zu 5.

Die Behandlung insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen erfordert die Mitarbeit der Patientin oder des Patienten. Der Netzverbund hat daher Standards zur geeigneten Patientenkommunikation, insbesondere zur Beteiligung der Erkrankten am Entscheidungsprozess der Behandlung zu vereinbaren. Zur Unterstützung der Kommunikation können beispielsweise Patienteninformationen dienen.

Zu 6.

Zur Unterstützung einer möglichst reibungslosen Kommunikation innerhalb des Netzverbundes sind Regelungen zu einer einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung insbesondere der datenschutzrechtlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen zu vereinbaren.

Zu 7.

Hierbei handelt es sich um Vorgaben zur sicheren elektronischen Kommunikation, z. B. zur Nutzung von Kommunikationsmedien und -wegen für den Austausch im Netzverbund, die der Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer dienen. Grundlage sind die geltenden gesetzlichen Regelungen, wie insbesondere datenschutzrechtliche und sozialrechtliche sowie berufsrechtliche Vorgaben. Eine auf der jeweiligen Einwilligung der oder des Versicherten basierende Nutzung der künftig zu etablierenden elektronischen Patientenakte kann den Informationsaustausch weiter stärken.

Zu 8.

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie ist keine Notfallversorgung, sondern eine insbesondere strukturierte, berufsgruppenübergreifende und koordinierte Versorgung, die sich nach dem Gesamtbehandlungsplan richtet; also eine Versorgungskontinuität verfolgt. Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans werden mit den Patientinnen und Patienten Maßnahmen für Krisen und Notfälle konkret abgestimmt und individuelle Absprachen getroffen. Für diese Organisation eines Krisenmanagements können

neben den Kooperationsvertragspartnern nach § 3 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 auch z. B. der ärztliche Bereitschaftsdienst oder Angebote von weiteren Kooperationspartnern einbezogen werden.

Zwar ist keine 24/7-Rufbereitschaft durch den Netzverbund selbst erforderlich, jedoch muss gemeinsam mit den oben genannten Kooperationspartnern und Kooperationsvertragspartnern eine jederzeitige Betreuungsmöglichkeit für die Patientin oder den Patienten in Krisensituationen sichergestellt werden. Dazu kann die Einbettung des Netzverbundes in regionale Angebotsstrukturen oder in Angebote der regionalen psychiatrischen Krisenhilfe sinnvoll sein.

Zu 9.

Darüber hinaus sind Regeln zur Koordination einschließlich Vermittlung der patientenindividuell erforderlichen Termine zur Wahrnehmung der Versorgungsbestandteile zu treffen, um beispielsweise durch Vorgabe von Fristen für erforderliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen die Versorgungskontinuität zu gewährleisten.

Zu 10.

Zur Gewährleistung der effektiven Versorgung nach dieser Richtlinie sind regelmäßige patientenorientierte Fallbesprechungen für jede Patientin und jeden Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf erforderlich. Diese patientenorientierten Fallbesprechungen unter Einbeziehung der an der Versorgung der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 3 Absatz 1 werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In der Regel sollte dies erstmals spätestens einen Monat nach dem Erstkontakt mit der Patientin oder dem Patienten, darauffolgend mindestens zweimal im Quartal erfolgen. Hierbei können Telekonsile oder Videokonsultationen im vertragsarztrechtlich und berufsrechtlich zulässigen Maße genutzt werden. Im Rahmen der Fallbesprechungen müssen nicht die Behandlungen aller Patientinnen und Patienten gleichermaßen besprochen werden; vielmehr erfolgt eine Auswahl auf Grund der Akuität und der spezifischen Behandlungsproblematik. Die Ergebnisse der Fallbesprechung sind bei der Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes zu berücksichtigen.

Zu 11.

Die grundsätzlichen Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement sind in der Qualitätsmanagement-Richtlinie bestimmt. Eine Empfehlung für oder gegen ein oder mehrere Qualitätsmanagementverfahren wird dabei nicht ausgesprochen. Zu Verbesserung der engen Zusammenarbeit kann sich der Netzverbund auf ein gemeinsames Qualitätsmanagementverfahren festlegen oder auch über die Vorgaben der Qualitätsmanagement-Richtlinie hinausgehende Regelungen vereinbaren, wie beispielsweise ein Netzverbund-internes Benchmarking oder auch sektorenübergreifende Maßnahmen.

Die Fortbildungsinitiativen dienen dem interdisziplinären Dialog, aber auch der gegenseitigen Wahrnehmung und Kenntnis, auch um die Versorgungsabläufe stetig an die fachliche Entwicklung anzupassen.

Die Einrichtung gemeinsamer Qualitätszirkel bietet die Möglichkeit des Erfahrungsaustauschs und der Diskussion von Behandlungsfällen und Problemen; die Ergebnisse können in den eigenen Praxisalltag integriert werden und somit zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führen. Um den intersektoralen Austausch zu fördern, sollten auch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Kooperationsvertragspartner nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 an den Qualitätszirkeln beteiligt werden.

Absatz 2

Gerade für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen ist es ausgesprochen wichtig zu wissen, welche Behandlungsschritte vorgesehen sind und wie der konkrete Ablauf aussehen wird. Dadurch können Sorgen und Befürchtungen der Patientinnen und Patienten frühzeitig adressiert werden. Gleichzeitig sollte angestrebt werden, eine positive Grundhaltung für die weitere Behandlung herbeizuführen. Ein Therapieerfolg – und sei es nur die Stabilisierung des Patienten – ist nur unter aktiver Beteiligung der Patientin oder des Patienten zu erreichen.

Daher müssen, wann immer die Einwilligung der Patientin oder des Patienten notwendig ist, sei es vor Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie oder währenddessen, Erläuterungen erfolgen und Zeit für Rückfragen vorgesehen werden. So muss vor Beginn der Versorgung umfassend über das Versorgungsangebot in allgemeinverständlicher Sprache informiert werden, insbesondere allgemein über die Struktur und den Inhalt des Versorgungsangebots. Sobald der (vorläufige) Gesamtbehandlungsplan erstellt wurde, ist die Patientin oder der Patient über alle im konkreten Einzelfall voraussichtlich an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen sowie den für eine Versorgung nach dieser Richtlinie erforderlichen Austausch von relevanten patientenbezogenen Informationen zwischen diesen zu informieren. Auf Basis dieser Informationen sind die erforderlichen Einwilligungserklärungen der Patientinnen und Patienten einzuholen. Dies gilt insbesondere auch bei der Hinzuziehung von weiteren zu Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie noch nicht beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer und Einrichtungen.

Absatz 3

In Anbetracht der sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten zur Nutzung der Telemedizin können die Beratung und Behandlung im Rahmen rechtlich zulässiger Einsatzmöglichkeiten auch durch Kommunikationsmedien ergänzt, beispielsweise in Form von Videosprechstunden, und durch digitale Anwendungen unterstützt werden. Der Einsatz muss jeweils insbesondere berufs- und datenschutzrechtlich sowie sozialrechtlich, und unter Beachtung der für die jeweilige Leistung und die jeweiligen und Leistungserbringerinnen Leistungserbringer geltenden Regelungen zulässig sein.

Absatz 4

Die Regelungen der Absätze 1 bis 3 geben den Rahmen für die Zusammenarbeit der Netzverbundmitglieder sowie über § 3 Absatz 3 Satz 1 auch für die Kooperationsvertragspartner nach § 3 Absatz 3 vor.

Die Erfüllung der hier vorgegebenen Aufgaben und Anforderungen ist im Netzverbundvertrag durch geeignete Regelungen sicherzustellen, zusätzliche Regelungen können bei Bedarf getroffen werden.

2.2 B. Patientenversorgung

2.2.1 § 7 Zugang

Eine große Herausforderung bei der Versorgung von Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, diesen möglichst schnell eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen. Dazu muss der Zugang möglichst niedrigschwellig gestaltet sein, da ein niedriges psychosoziales Funktionsniveau häufig dazu führt, dass Patientinnen und Patienten schon zu Beginn der Behandlung die Hürden für die Inanspruchnahme der Versorgung als zu hoch erleben und daher eine frühzeitige Behandlung erschwert wird oder sogar gar nicht erfolgen kann.

Absatz 1

In Absatz 1 wird der Zugang in die Versorgung durch einen Netzverbund über zwei Wege beschrieben: Zum einen ist der direkte Zugang zu einem Netzverbundmitglied möglich; also ohne vorangehende Weiterleitung durch eine andere Leistungserbringerin oder einen anderen Leistungserbringer an den Netzverbund. Zum anderen bedarf es einer Überweisung oder Empfehlung in die Versorgung nach dieser Richtlinie, wenn der Erstkontakt nicht bei einem Netzverbundmitglied oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz des nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, welches Kooperationsvertragspartner des Netzverbundes ist, erfolgt. Der Zugang über eine Empfehlung wurde ergänzend gewählt, da diese von allen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern, Krankenhäusern sowie sozialpsychiatrischen Diensten ausgesprochen werden kann und trotzdem eine klare Rechtsfolge durch die Regelung in § 6 Absatz 1 Nummer 2 und § 7 Absatz 4 entsteht.

Absatz 2

Um die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu dieser Versorgungsform zu gewährleisten, kann eine Überweisung oder Empfehlung durch alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Sozialpsychiatrische Dienste sowie ermächtigten Einrichtungen erfolgen.

Die Möglichkeit der Empfehlung durch Sozialpsychiatrische Dienste trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, dass manche Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, zunächst nicht bei Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten vorstellig werden, sondern den Zugang über die Sozialpsychiatrischen Dienste finden. Der niedrigschwellige Zugang ist für die in dieser Richtlinie adressierten Patientinnen und Patienten unentbehrlich und daher möglichst vielfältig zu ermöglichen. Sozialpsychiatrische Dienste verfügen über eine differenzierte Kenntnis des psychiatrischen Hilfesystems und können daher als Wegweiser dienen.

Durch die Aufnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes als empfehlungsberechtigte (Absatz 2) und für die Terminvermittlung zuständige (Absatz 4) Stelle erfolgt die Einbindung desselben in die Versorgung nach dieser Richtlinie unter Zugrundelegung der für diese anderweitig gesetzlich vorgegebenen Kompetenzen. Sozialpsychiatrische Dienste werden demgemäß durch diese Richtlinie nicht über die für ihre gesetzlich festgelegten Aufgaben geltenden Vorgaben hinaus gebunden.

In den jeweiligen für diese geltenden Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKG) der einzelnen Bundesländer ist zwar eine Pflicht der Sozialpsychiatrischen Dienste zur Überweisung oder

Empfehlung für die Versorgung einer Patientin oder eines Patienten nicht speziell in Bezug auf diese Richtlinie angelegt. Zur Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes zählt jedoch die Gewährung von Hilfen für psychisch erkrankte Personen. Die Art der Hilfen richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls. In einzelnen PsychKG wird ausdrücklich die Vermittlung von Hilfen, z.B. einer frühzeitigen ambulanten Behandlung, erwähnt. Insoweit ist dem Aufgabenkreis des Sozialpsychiatrischen Dienstes diese Form der Hilfestellung für die betroffenen Personen immanent. Der Sozialpsychiatrische Dienst kann somit erforderlichenfalls sowohl eine Empfehlung für die Versorgung der Patienten nach dieser Richtlinie aussprechen als auch eine Terminvereinbarung für den Patienten vornehmen, wobei diese Art der Hilfe für die Patienten nach § 2 nicht zuletzt wegen des sektorenübergreifenden Ansatzes der Versorgung nach dieser Richtlinie sogar in besonderem Maße geeignet erscheint.

Absatz 3

In Absatz 3 wird entsprechend der Regelungen in Absatz 2 auch für stationäre und teilstationäre Einrichtungen sowie für Einrichtungen, die stationsäquivalente Behandlungen erbringen, die Möglichkeit geschaffen, Patientinnen und Patienten die Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen. Bei den Einrichtungen kann es sich sowohl um Krankenhäuser wie auch um Rehabilitationseinrichtungen handeln. Die Richtlinie sieht den Zugang zu der Versorgung nach dieser Richtlinie über das Entlassmanagement als Empfehlung („Empfehlung für die Behandlung nach dieser Richtlinie“) vor. Empfehlungen sollten im Rahmen des Entlassmanagements in den Entlassbrief aufgenommen werden.

Absatz 4

In Absatz 4 wird die Vorgabe getroffen, dass durch die Ärztin oder den Arzt, die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten oder die Einrichtung, die eine Überweisung oder Empfehlung für eine Versorgung nach dieser Richtlinie ausspricht, unmittelbar einen Termin für eine Eingangssprechstunde vereinbart wird. Ein häufiges Problem für Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass ihnen selbst die Fähigkeit fehlt, die erforderliche Krankenbehandlung für sich zu organisieren. Aus diesem Grund soll von der überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringerin oder dem überweisenden oder empfehlenden Leistungserbringer der Termin vereinbart werden, welcher in der Regel innerhalb von 7 Werktagen nach Überweisung oder Empfehlung stattfindet. Voraussetzung für die Vereinbarung des Termins ist die Zustimmung der Patientin oder des Patienten vorab.

Zur Terminvereinbarung kann auch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 14 SGB V in Anspruch genommen werden, die seit dem Inkrafttreten der Änderungen durch das Gesetz zu Reform der Psychotherapeutenausbildung zum 1. September 2020 auch Termine für die Versorgung nach dieser Richtlinie vermittelt.

2.2.2 § 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung

Die Grundlage der Versorgung nach dieser Richtlinie ist eine zielgenaue, leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung der Patientinnen und Patienten. Die verschiedenen Versorgungsbestandteile müssen inhaltlich miteinander verknüpft sein und die Adhärenz der Patientin oder des Patienten soll insbesondere durch die nichtärztliche koordinierende Person bestärkt werden. Die einzelnen Schritte des Vorgehens werden in den folgenden Absätzen festgelegt.

Absatz 1

In Absatz 1 wird festgelegt, dass in der Eingangssprechstunde durch eine Fachärztin oder einen Facharzt, eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten gemäß § 3 Absatz 2 Nr. 1 oder 2 festgestellt wird, ob die in § 2 genannten Kriterien für das Vorliegen insbesondere einer schweren psychischen Erkrankung, verbunden mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen und einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, vorliegen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nehmen diese Überprüfung im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie vor, sofern sie vertragsärztlich tätig sind und die Psychotherapie-Richtlinie daher für sie Anwendung findet. Dies ist z.B. nicht der Fall bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten, die die Eingangssprechstunde im Rahmen der Tätigkeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz eines Krankenhauses, welches Kooperationspartner des Netzverbundes ist, durchführen

Das Gesamtbild der Beschwerden der Patientin oder des Patienten wird in der differenzialdiagnostischen Abklärung erfasst, die in Absatz 1 definiert wird. Die Patientengruppe, die durch die Regelungen in § 2 definiert wird, hat aufgrund des Bedarfs einer komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung und den schwerwiegenden Auswirkungen ihrer psychischen Erkrankung einen umfassenden Bedarf an einer psychischen, somatischen und sozialen differenzialdiagnostischen Abklärung. Die Erfassung und Differenzierung dieser komplexen Behandlungsbedarfe erfordern fundierte Kompetenzen. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes und der zu ergreifenden Behandlungsoptionen ist es erforderlich, dass sowohl somatisch-medizinische, sozialmedizinische und pharmakologische Kompetenzen als auch umfassende und differenzierte psychotherapeutische Kompetenzen vorliegen. Diese Anforderungen erfüllen die Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde oder Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die entsprechend ihrer ärztlichen Weiterbildung über die notwendigen somatischen, pharmakologischen, psychotherapeutischen und sozialmedizinischen Kompetenzen verfügen. Durch diese Fachärztinnen und Fachärzte kann sichergestellt werden, dass die notwendigen somatischen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungselemente Eingang in den Gesamtbehandlungsplan finden; darüber hinaus können sie die häufig mitbestehenden relevanten Belange von Schwerbehinderung sowie Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit berücksichtigen.

Aus diesem Grund wird die differenzialdiagnostische Abklärung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 durchgeführt. Eine Fachärztin oder ein Facharzt derselben Qualifikationen wird Bezugsärztin oder Bezugsarzt, sofern bei der Patientin oder dem Patienten der somatische Anteil der Erkrankung im Vordergrund steht. Diese Regelung umfasst auch Fachärztinnen und Fachärzte, die in einer Psychiatrischen Institutsambulanz eines Krankenhauses tätig sind, welches Kooperationsvertragspartner des

Netzverbundes ist. Der somatische Anteil der Erkrankung steht dann im Vordergrund, wenn behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen, wenn für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten vorliegen, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, oder wenn die psychopharmakologische Behandlungen der Patientin oder des Patienten einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.

Eingangssprechstunde und differenzialdiagnostische Abklärung können jeweils auch von einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder einer Fachärztin oder einem Facharzt, der die Qualifikation nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 2 besitzt, in einer Psychiatrischen Institutsambulanz des Krankenhauses durchgeführt werden, das mit dem Netzwerk einen Kooperationsvertrag nach § 3 Absatz 3 Nummer 1 abgeschlossen hat.

Im Ergebnis der differenzialdiagnostischen Abklärung ist zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan zu erstellen.

Sollten die Kriterien gemäß § 2 nicht erfüllt sein, ist eine Erbringung von Leistungen gemäß dieser Richtlinie nicht möglich.

Absatz 2

In Absatz 2 wird festgelegt, dass für die Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie die im oder auf Grundlage des SGB V verankerten Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Bei der Versorgung nach dieser Richtlinie handelt es sich nicht um ein neues Behandlungsangebot, sondern um ergänzende Versorgungselemente, die die Versorgung insbesondere schwer psychisch Erkrankter koordinieren und strukturieren sowie die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterstützen. Die Richtlinie gibt vor, dass erforderliche Behandlungsmaßnahmen unmittelbar eingeleitet werden.

Bei der Weiterentwicklung der Richtlinie sind die Möglichkeiten einer aufsuchenden Behandlung im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie zu prüfen.

Absatz 3

In Absatz 3 wird geregelt, dass die Patientin oder der Patient bei Bedarf auf Maßnahmen und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V hingewiesen wird, da Personen insbesondere mit schweren psychischen Störungen oftmals neben der eigentlichen Krankenbehandlung ihrer psychischen Störung auch Unterstützung in weiteren Bereichen bedürfen. Hierbei kann insbesondere auf die nachfolgenden Einrichtungen und Angebote verwiesen werden:

- Sozialpsychiatrische Dienste und, soweit vorhanden, Krisendienste,
- Gemeindepsychiatrische Verbände und ähnliche durch Landesrecht vorgesehene Verbände oder Arbeitsgemeinschaften,
- Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe,
- Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- zugelassene vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben,
- Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V mit Leistungsangeboten für Menschen mit einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung,
- Psychosoziale und Suchtberatungsstellen
- Traumaambulanzen nach § 31 SGB XIV,
- Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Zudem wird festgelegt, dass zu Beginn und während der Versorgung nach dieser Richtlinie auf erforderliche Hilfen für relevante Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten hingewiesen werden soll; dies gilt insbesondere in Bezug auf Hilfen für Kinder der Patientin oder des Patienten. Nicht jede psychische Erkrankung eines Elternteils führt dazu, dass Unterstützungsmaßnahmen für vorhandene Kinder notwendig sind; dennoch kann sich die Erkrankung der Eltern negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken. Gleichzeitig steigt das Risiko selbst psychisch krank zu werden, wenn die Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden und nicht rechtzeitig Maßnahmen zur Unterstützung der Kinder ergriffen werden.

Absatz 4

In Absatz 4 wird geregelt, dass eine parallele Versorgung durch mehrere Netzverbände nicht erfolgen kann, da dies dem Ziel einer koordinierten und strukturierten Versorgung entgegenstehen würde. Die jeweils zuständige Krankenkasse ist über den Beginn der Versorgung ihrer Versicherten in einem Netzwerk nach dieser Richtlinie durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. durch die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten formlos zu informieren, da nur durch die Krankenkasse zweifelsfrei festgestellt werden kann, ob eine Versorgung durch mehrere Netzverbände erfolgt. Diese Anzeigepflicht besteht auch im Fall eines Wechsels des Netzverbundes z.B. im Falle eines Umzuges der Patientin oder des Patienten.

Absatz 5

In Absatz 5 wird die Vorgabe getroffen, dass parallele Behandlungsangebote durch nicht am Netzwerk beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ausgeschlossen sind, da beispielsweise eine unkoordinierte, doppelte Verordnung des gleichen Heilmittels durch unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer natürlich auch unterschiedliche Zielsetzungen haben kann und nicht mehr im Einklang mit dem Gesamtbehandlungsplan stehen könnte. Darüber hinaus widerspricht eine doppelte Verordnung derselben Maßnahmen dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Davon unberührt bleiben bereits begonnenen Behandlungen, die zur Gewährleistung der Kontinuität der Versorgung nach den Vorgaben des § 3 Absatz 12 fortgesetzt werden.

2.2.3 § 9 Gesamtbehandlungsplan

Menschen insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen oftmals mehrere unterschiedliche Krankenbehandlungsmaßnahmen. Ausgangspunkt einer guten Versorgung schwer psychisch Erkrankter ist daher die Erstellung eines individuellen, auf die jeweilige Krankheitssituation spezifisch ausgerichteten Gesamtbehandlungsplanes auf Basis einer umfassenden Diagnostik und nach ausführlicher Aufklärung der Patientin oder des Patienten. Der Gesamtbehandlungsplan führt die unterschiedlichen Versorgungsangebote zusammen und sollte regelmäßig auch im Hinblick auf die Reflexion der Interaktionen zwischen den verschiedenen Versorgungsbestandteilen überprüft und, sofern erforderlich, angepasst werden.

Absatz 1

In Absatz 1 werden Vorgaben für den Gesamtbehandlungsplan getroffen, der auf Basis der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erstellen ist. Dieser Gesamtbehandlungsplan wird durch die oder den nach den Festlegungen des Netzverbundes gemäß § 4 Absatz 2 bestimmte Ärztin bzw. Arzt oder Psychotherapeutin oder Psychotherapeuten, die bzw. der die Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 erfüllt, unter Einbeziehung der Patientin oder des Patienten erstellt. Sie bzw. er wird zur Bezugsärztin oder Bezugstherapeutin bzw. zum Bezugsarzt oder Bezugstherapeuten. Bei der Erstellung des Gesamtbehandlungsplans einzubeziehen sind die an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer insbesondere nach § 3 Absatz 1. Soweit erforderlich sollte daneben eine Abstimmung mit weiteren im Rahmen der Behandlung relevanten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern erfolgen. Bei Bedarf sind relevante Bezugspersonen einzubeziehen. Die Verantwortung für die Erstellung des Gesamtbehandlungsplans verbleibt jedoch bei der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten. Davon bleibt unberührt, dass jede Leistungserbringerin und jeder Leistungserbringer berufs-, haftungs- und vertragsrechtlich die Erbringung seiner ihm obliegenden Behandlungen weiterhin selbst verantwortet. Zur Abstimmung informiert die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut zunächst die an der Versorgung nach dieser Richtlinie zu beteiligenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer über den von ihr oder ihm aufgestellten Gesamtbehandlungsplan; diese lernen die Patientin oder den Patienten kennen und geben der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten eine Rückmeldung, sofern eine Anpassung des Gesamtbehandlungsplans erforderlich erscheint. Die weitere Abstimmung der Versorgung und ggf. notwendige Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans erfolgen in den regelmäßig durchzuführenden Fallbesprechungen. Unberührt bleibt die fortwährende Möglichkeit der Anzeige von Änderungsbedarfen gegenüber der Bezugsärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten nach Absatz 3.

Der Gesamtbehandlungsplan enthält die Therapieziele und umfasst insbesondere alle individuell erforderlichen ärztlichen, pharmakologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie den Bedarf an Heilmitteln, Soziotherapie und psychiatrisch häuslicher Krankenpflege. Im Gesamtbehandlungsplan erfolgt in Abstimmung mit der Patientin und des Patienten auch die namentliche Benennung der Person, die die Koordination nach § 10 durchführt. Im Gesamtbehandlungsplan können auch Einrichtungen außerhalb des SGB V genannt werden, die nach § 3 Abs. 5 Berücksichtigung finden.

Da insbesondere schwere psychische Erkrankungen nicht selten auch mit somatischen Komorbiditäten einhergehen, sind diese zwingend im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erheben. Eine Behandlung der somatischen Komorbiditäten kann nicht im Zuge der Versorgung nach dieser Richtlinie erfolgen; sofern erforderlich sind daher Maßnahmen zur Abklärung oder Behandlung somatischer Komorbiditäten Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans. Der Gesamtbehandlungsplan ist soweit berufsrechtlich und vertragsrechtlich erforderlich unter interdisziplinärer Abstimmung zu erstellen.

Der Begriff „relevante Bezugspersonen“ bezeichnet Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld der Patientin oder des Patienten. Dies können – bei Zustimmung der Patientin oder des Patienten – insbesondere Eltern, Ehe- oder Lebenspartnerinnen oder -partner, Geschwister und Kinder oder sonstige Personen sein, die unmittelbar und regelmäßig mit der Krankheit der Patientin oder des Patienten konfrontiert sind (z. B. gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer oder Betreuerinnen und Betreuer einer Wohngruppe für psychisch Erkrankte). Der Einbezug relevanter Bezugspersonen dient dazu, deren Ressourcen im Umgang mit und zur

Unterstützung der Patientin oder des Patienten zu fördern und zu stärken. Die Möglichkeit zum Einbezug von relevanten Bezugspersonen begründet keinen eigenständigen Leistungsanspruch der relevanten Bezugspersonen.

Absatz 2

In Absatz 2 wird das Aufstellen eines Kriseninterventionsplans als Bestandteil des Gesamtbehandlungsplans festgelegt. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten sowie relevanten Bezugspersonen werden insbesondere Frühwarnzeichen für Krisen erarbeitet und Techniken und Maßnahmen zur Reduktion des Belastungsniveaus entwickelt, um im Krisenfall gegenzusteuern. Ziel ist der Aufbau eines individuellen Krisennetzes. Der Krisenplan sollte auch Angaben dazu enthalten, wie die Patientin oder der Patient die Ansprechpartnerin oder den Ansprechpartner für Krisensituationen kontaktieren und wie eine schnelle Hilfe erreicht werden kann.

Absatz 3

Der Gesamtbehandlungsplan ist für alle an der Behandlung im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer verbindlich und kann nur in Abstimmung mit der Bezugsjärztin oder dem Bezugsjarzt bzw. der Bezugjpsychotherapeutin oder dem Bezugjpsychotherapeuten angepasst werden. Hierdurch soll das Ineinandergreifen von verschiedenen Behandlungsmaßnahmen und die diesbezüglich erforderlichen Absprachen gewährleistet werden. Bei der Verbindlichkeit des Gesamtbehandlungsplans handelt sich um eine Selbstbindung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer; sie hat keinen Einfluss auf die Frage der Haftung im Rahmen der einzelnen Behandlungsanteile.

Bei Anpassungen des Gesamtbehandlungsplans ist zu prüfen, ob weiterhin oder erstmalig ein somatischer Anteil der Erkrankung im Vordergrund steht.

2.2.4 § 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

Ein weiteres wichtiges Element der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die Koordination der Versorgung innerhalb eines Netzverbunds. Schwer psychisch Erkrankte mit einem komplexen Behandlungsbedarf sind in besonderem Maße auf eine patientenzentrierte Versorgungskoordination angewiesen. Die Koordinationsfunktion umfasst neben der Sicherstellung der Vernetzung der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, dem Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans, der Terminvereinbarung auch das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten im häuslichen Umfeld, bei Bedarf das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld sowie die Motivation der Patientin oder des Patienten die Krankenbehandlung aufrechtzuerhalten. Hierdurch soll die Versorgung nach dieser Richtlinie nach dem patientenindividuellen Behandlungsbedarf sichergestellt werden.

In § 10 werden die Aufgaben der nichtärztlichen koordinierenden Person nach § 5 beschrieben. Dabei sind die Nummer 1 bis 3 sowie 7 und 8 verpflichtend für jede Patientin oder jeden Patienten zu erfüllen.

Zu 1.

An der Versorgung der Patientengruppe nach dieser Richtlinie sind unterschiedliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer beteiligt. Die Koordinationsaufgabe ist es in diesem Kontext, die Vernetzung und den die individuellen Patientenbelange betreffenden

Informationsaustausch zwischen den an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern zu sichern.

Zu 2.

Die Verantwortung für die jeweils von ihnen durchgeführten Behandlungsmaßnahmen liegen bei den behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Die für die Patientin oder den Patienten erforderlichen Behandlungsmaßnahmen werden durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten im Gesamtbehandlungsplan festgelegt. Koordinationsaufgabe ist es, die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans zu begleiten und sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nachzuhalten, um Behandlungsabbrüche zu verhindern.

Zu 3.

Insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen haben oftmals Probleme, Termine für notwendige Behandlungsmaßnahmen zu vereinbaren; daher ist es die Koordinationsaufgabe, entsprechende Termine für erforderliche Behandlungen, für die Patientin oder den Patienten zu vereinbaren und auf die Wahrnehmung der Termine hinzuwirken. Davon umfasst sind auch ggf. notwendige Termine mit Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern außerhalb des Netzverbundes zur Behandlung von somatischen Komorbiditäten.

Zu 4.

Die Patientin oder der Patient ist, sofern erforderlich, mit ihrem bzw. seinem Einverständnis, in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld aufzusuchen, um den Kontakt zum Netzwerk und zum Versorgungssystem zu halten und drohende Behandlungsabbrüche zu vermeiden, aber auch, um die Patientin oder den Patienten in ihrem oder seinem gewohnten Lebensumfeld zu sehen und zu erleben.

Zu 5.

Angehörige oder weitere enge Bezugspersonen sind meist in erheblichem Maße von der schweren psychischen Erkrankung mitbetroffen; gleichzeitig können sie wichtige Gesprächspartner für die behandelnden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sein, um sich z.B. über die Situation oder Behandlungsfortschritte der Patientin oder des Patienten auszutauschen. Daher ist bei Bedarf neben Gesprächen mit der Patientin oder dem Patienten unter der Voraussetzung des Einverständnisses der Patientin oder des Patienten die Einbeziehung von Personen aus ihrem bzw. seinem Lebensumfeld von der Koordinationsfunktion umfasst. Die ärztliche Schweigepflicht und die berufsrechtliche sowie sozialrechtlichen Verpflichtungen zur persönlichen Leistungserbringung durch den Bezugsarzt oder die Bezugärztin bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten sind bei der Delegation der Gespräche zu beachten.

Zu 6.

Eine der zentralen Koordinationsaufgaben ist es, einen regelmäßigen Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten aufrechtzuerhalten. Hierzu gehört, erforderlichenfalls wöchentlich telefonisch oder persönlich mit der Patientin oder dem Patienten in Kontakt zu treten und diesen zu motivieren, die Behandlung fortzuführen. Der kontinuierliche Kontakt ist besonders wichtig, da regelmäßig Informationen über den Zustand der Patientin oder des Patienten zurückgespielt werden und ggf. kurzfristige Maßnahmen veranlasst werden können.

Zu 7.

Eine häufig bestehende Schwierigkeit bei Patientinnen und Patienten insbesondere mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass die kontinuierliche Fortführung einer Behandlung aufgrund des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus nicht gelingt. Genau an dieser Stelle soll angesetzt werden, indem ein patientenindividuelles Rückmeldesystem erarbeitet wird, das einerseits zur Förderung von Adhärenz führt und andererseits Handlungsoptionen aufzeigt, die die Resilienz stärken. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens ist, dass transparent wird, wenn die Kommunikation mit der Patientin oder dem Patienten abbricht und entsprechend interveniert werden kann.

Zu 8.

Im Rahmen der Behandlung kann es erforderlich werden, auch weitere Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zur Anbahnung weiterer Leistungen und Hilfen einzubinden, die (noch) nicht unmittelbar an der Versorgung der jeweiligen Patientin oder des jeweiligen Patienten nach dieser Richtlinie beteiligt sind, bspw. Logopädinnen und Logopäden, Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; oder auch Sozialpsychiatrische Dienste oder Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe. Dies gehört zu den Koordinationsaufgaben, da die Patientinnen und Patienten aufgrund des eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveaus hier Hilfe benötigen.

2.2.5 § 11 Regelungen zur Erleichterung des Sektorenübergangs

Die Krankenhausbehandlung umfasst gemäß § 39 Absatz 1a SGB V ein Entlassmanagement für den Übergang in die Anschlussversorgung. Für psychisch erkrankte Menschen mit einem komplexen Behandlungsbedarf ist eine kontinuierliche Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen erforderlich. In § 11 werden daher Festlegungen getroffen, die den Übergang zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung sowie umgekehrt regeln.

Absatz 1

In Absatz 1 wird zur Förderung einer nahtlosen Anschlussversorgung die möglichst frühzeitige Erfassung der ggf. notwendigen Anschlussversorgung festgelegt. Dabei ist im Rahmen des Entlassmanagements ein geeignetes Assessment durchzuführen, um zumindest eine Verdachtsdiagnose einer Indikation nach § 2 Absatz 2 festzustellen, entsprechende Konkretisierungen zu geeigneten Instrumenten können der Anlage II der Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Absatz 1a Satz 9 SGB V bzw. dem Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2019) entnommen werden.

Absatz 2

In Absatz 2 wird die Konstellation dargestellt, wonach dem Krankenhaus Informationen über eine bereits bestehende Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund bekannt sind. Um die nahtlose Weiterbehandlung sicherzustellen, tritt zum einen das Krankenhaus mit der für die Patientin oder den Patienten zuständigen Bezugärztin oder dem zuständigen Bezugsarzt bzw. der zuständigen Bezugpsychotherapeutin oder dem zuständigen Bezugpsychotherapeuten in Kontakt und

übermittelt den Entlassbrief gemäß § 39 Absatz 1a SGB V; zum anderen wird die nichtärztliche koordinierende Person zur Unterstützung der Patientin oder des Patienten über den voraussichtlichen Entlassungstag informiert.

Absatz 3

In Absatz 3 werden Vorgaben für die Konstellation getroffen, in der eine Indikation nach § 2 Absatz 2 mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durch das Krankenhaus angenommen wird, eine Versorgung der Patientin oder des Patienten nach dieser Richtlinie bisher jedoch noch nicht erfolgt.

In diesem Fall hat das Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung der Patientin oder des Patienten die Möglichkeit einer erreichbaren Versorgung nach dieser Richtlinie zu empfehlen, mit entsprechender Einwilligung den Kontakt zu einem Netzverbund herzustellen, die Entlassdiagnostik an den Netzverbund zu übermitteln sowie die Terminvereinbarung zur Eingangssprechstunde vorzunehmen. Der Termin hat innerhalb von sieben Werktagen nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin zu erfolgen, um eine nahtlose Anschlussbehandlung sicherzustellen.

Absatz 4

In Absatz 4 werden Regelungen für eine im Rahmen der Versorgung nach dieser Richtlinie durch einen Netzverbund notwendig gewordene teilstationäre, vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung getroffen. Um die Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer zu stärken und eine nahtlose Versorgung der Patientin oder des Patienten sicherzustellen, stellt die Bezugsärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut - nach Einwilligung der Patientin oder des Patienten - dem aufnehmenden Krankenhaus die erforderlichen Informationen zum bisherigen Behandlungsverlauf (insbesondere zur Anamnese, Diagnostik, Pharmakologie und Behandlungsmaßnahmen) und den Behandlungszielen zur Verfügung.

Absatz 5

Die Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) des G-BA sieht vor, dass nach einem Krankenhausaufenthalt aufgrund einer Diagnose gemäß § 27 PT-RL auf eine Psychotherapeutische Sprechstunde verzichtet werden und unmittelbar mit probatorischen Sitzungen begonnen werden kann. An dieser Stelle ist der Gesetzgeber tätig geworden und hat in § 92 Absatz 6a Satz 2 SGB V geregelt, dass in dem Fall, in dem sich eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, probatorische Sitzungen bereits während der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten. Hierfür sind zwei Vorgehensweisen vorgesehen; im ersten Fall sucht die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut die Patientin oder den Patienten im Krankenhaus auf und führt die Sitzungen in den Räumlichkeiten des Krankenhauses durch; im zweiten Fall verlässt die Patientin oder der Patient das Krankenhaus und wird in den Räumlichkeiten der psychotherapeutischen Praxis behandelt.

2.2.6 § 12 Verlaufskontrolle und Beendigung der Versorgung nach dieser Richtlinie

Ziel der Versorgung nach dieser Richtlinie ist die bestmögliche Behandlung der Patientinnen und Patienten. Insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen kann daher nicht immer nur die Heilung angestrebt sein, sondern auch die Verbesserung der Krankheitszeichen und der Teilhabe am Leben und der Gesellschaft können schon wichtige Schritte sein. Hierfür ist die Stärkung der Betroffenen im Umgang mit sich selbst und ihrem sozialen Umfeld notwendig. Ein Ziel kann es daher auch sein, die Patientin oder den Patienten dazu zu befähigen, einen eigenständigen stabilen Umgang mit der eigenen Erkrankung zu finden und sie oder ihn in die Lage zu versetzen, auch ohne nichtärztliche koordinierende Person im eigenen sozialen Umfeld die richtigen Hilfen zu finden.

Absatz 1

Die in Absatz 1 getroffenen Festlegungen zu regelmäßig durchzuführenden Beurteilungen des Behandlungsfortschrittes und der Erreichung der im Behandlungsplan festgehaltenen Therapieziele dienen der gemeinsamen Reflektion des bisherigen Behandlungsverlaufs; sie sind insbesondere bei medikamentöser Behandlung unverzichtbar. Rückfälle und sich eventuell abzeichnende Nebenwirkungen können so frühzeitig erkannt werden; gleichzeitig bieten sie die Gelegenheit mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeuten Fragen oder Probleme zu besprechen. Die Therapieziele und der Gesamtbehandlungsplan sind in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten anzupassen.

Absatz 2

Die Versorgung nach dieser Richtlinie richtet sich an insbesondere schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In Absatz 2 wird daher festgelegt, dass die in § 2 definierten Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie halbjährlich durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten zu überprüfen sind.

Zeichnet sich im Behandlungsverlauf ab, dass die Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nicht mehr gegeben sind, die Therapieziele nachhaltig erreicht oder z.B. die Patientin oder der Patient die Versorgung nach dieser Richtlinie beenden möchte, ist die Überleitung in die fachärztliche oder psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Versorgung nach dieser Richtlinie frühzeitig anzustreben. Die Bezugärztin oder der Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut erstellt hierfür einen Überleitungsplan, der alle für die Weiterbehandlung der Patientin oder des Patienten erforderlichen Informationen enthält.

Psychische Erkrankungen der Personengruppe nach § 2 verlaufen üblicherweise nicht linear. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, kann eine Versorgung nach dieser Richtlinie erneut erfolgen, wenn die Voraussetzungen wieder erfüllt sind. Aus Gründen der Behandlungskontinuität ist in diesem Fall die Behandlung durch denselben Netzverbund anzustreben.

2.3 C. Evaluation

2.3.1 § 13 Evaluation

Da mit dem § 92 Absatz 6b SGB V ein integratives Versorgungskonzept insbesondere für schwer psychisch erkrankte Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geschaffen wurde, sollen die Regelungen der Richtlinie innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten des Beschlusses evaluiert und ggf. angepasst werden. Gegenstand der Evaluation ist die Frage, ob die in § 1 Absatz 2 festgelegten Versorgungsziele mit den getroffenen Regelungen erreicht werden konnten. Dabei sind auch mögliche Hindernisse der Umsetzung der Regelungen sowie unerwünschte Auswirkungen zu berücksichtigen.

Das von der Richtlinie geregelte integrative Versorgungskonzept umfasst eine Reihe von Maßnahmen und stellt eine komplexe Intervention dar, die auf ein übergeordnetes Ziel gemäß § 1 ausgerichtet ist. Für die Evaluation ist der Evaluationsgegenstand zu präzisieren, damit genaue Evaluationsfragestellungen abgeleitet werden können. Zudem sind die möglichen Datenquellen zu prüfen und daraus abzuleiten, ob eine Primärdatenerhebung (quantitativer und/ oder qualitativer Daten, längs- und/oder querschnittliche Erhebung) durchzuführen ist und welche Evaluationsfragestellungen mit Routinedatenanalysen beantwortbar sind.

Darüber hinaus sind folgende Aspekte zu beachten:

- Da die Implementierung und die Umsetzung der Richtlinie Zeit benötigen, ist zu prüfen, ob bei der Evaluation zwischen einer Initialphase und dem Regelbetrieb unterschieden wird.
- Bei der Formulierung der Evaluationsfragestellungen und der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs ist der Vergleich der Versorgung nach dieser Richtlinie gegenüber den bestehenden Versorgungsformen (§ 1 Abs. 2) zu berücksichtigen.
- Zudem ist bei der Ausarbeitung des Evaluationskonzepts und -designs zu berücksichtigen, ob für die jeweilige Evaluationsfragestellung die bundesweite Ebene und / oder die regionale Ebene zu betrachten ist.

Aus den in § 1 genannten Zielen und Maßnahmen der Richtlinie leiten sich insbesondere folgende ggf. weiter zu präzisierende bzw. modifizierende Fragestellungen für die Evaluation ab:

- Charakterisierung der Patientinnen und Patienten:
 - Welche Diagnosen haben die Patientinnen und Patienten, die die Versorgung nach der Richtlinie in Anspruch nehmen? Wie sind die Patientengruppen darüber hinaus noch charakterisiert (z.B. GAF-Wert) gegenüber der Versorgung mit den bestehenden Versorgungsformen?
 - Welche Leistungen (nach SGB V, aber auch außerhalb des SGB V) erhielten die Patientinnen und Patienten bevor sie nach der Richtlinie versorgt wurden?
- Netzverbände:
 - Wie viele Netzverbände gibt es bundesweit, wie ist deren Verteilung?
 - Wie viele und welche Berufsgruppen sind als Netzverbundmitglieder an den Netzverbänden beteiligt?
 - Welche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer werden als Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut festgelegt?

- Mit welchen Institutionen oder weiteren Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern schließen die Netzverbände Kooperationsverträge ab?
- Welche Berufsgruppen nehmen an den patientenorientierten Fallbesprechungen teil?
- Durch welche nichtärztlichen Berufsgruppen wird die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten innerhalb der Netzverbände übernommen?
- Zeitnahe Diagnostik- und Therapie:
 - Kann die Regel von sieben Werktagen zwischen Überweisung oder Empfehlung und Eingangssprechstunde eingehalten werden?
 - Kann die zeitliche Vorgabe von sieben Werktagen zwischen Feststellung der Voraussetzungen nach § 2 KSVPsych-RL, der Durchführung der differenzialdiagnostischen Abklärung und dem Beginn der Behandlung eingehalten werden?
 - Kann die Regel von einem Monat zwischen Erstkontakt und der ersten Fallbesprechung im Rahmen der Behandlung der Richtlinie eingehalten werden?
- Behandlung:
 - Wird der Gesamtbehandlungsplan unter Einbeziehung aller an der Versorgung Beteiligten erstellt, regelmäßig angepasst und eingehalten?
 - Welche Leistungen nach SGB V erhalten Patientinnen und Patienten, die nach dieser Richtlinie behandelt werden und welche Berufsgruppen sind an der Versorgung beteiligt?
 - Kann eine Behandlung in patientenbezogenen Krisensituationen rechtzeitig gewährleistet werden?
- Stationäre Aufenthalte und Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung:
 - Erhalten Patientinnen und Patienten, die gemäß der KSVPsych-RL behandelt werden, nach Entlassung aus dem Krankenhaus in kürzerer Zeit eine ambulante Anschlussbehandlung als eine vergleichbare Patientengruppe, die mit den bereits bestehenden Versorgungsformen behandelt wird?
 - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen verkürzt werden?
 - Können durch die Regelungen der Richtlinie die stationären Aufenthalte der Betroffenen gegenüber den bestehenden Versorgungsformen vermieden werden?
- Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen der Richtlinie:
 - Welchen Nutzen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?
 - Welche unerwünschten Auswirkungen hat die Versorgung nach der Richtlinie gegenüber den bereits bestehenden Versorgungsformen aus Sicht der Patientinnen und Patienten und aus der Sicht der Leistungserbringenden?
 - Hat sich durch die Versorgung nach dieser Richtlinie die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten verbessert?

Bei der Bearbeitung der oben angeführten beispielhaften Fragen ist wann immer möglich zu untersuchen, wie sich die Versorgung nach der KSVPsych-RL in ihrer Umsetzung von den bereits bestehenden Versorgungsformen unterscheidet.

Die Ergebnisse der geplanten Evaluation sollen geeignet sein, das Versorgungskonzept iterativ zu verbessern, und zwar sowohl auf Systemebene durch Ableitung von Empfehlungen zur Anpassung der Richtlinie als auch auf regionaler Ebene durch Rückmeldungen an die Netzverbände.

Der G-BA behält sich vor, im Rahmen seiner Beobachtungspflicht bereits zwei Jahre nach Inkrafttreten der KSVPsych-RL zu erheben, wie viele Netzverbände bundesweit gegründet wurden, wie ihre bundesweite Verteilung ist, ob es Regionen gibt, in denen eine Gründung von Netzverbänden nicht zustande kam, und wenn dies der Fall ist, welche Faktoren der Gründung entgegenstanden.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Der vorliegende Beschluss regelt die Versorgung schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten in koordinierter und strukturierter Zusammenarbeit der ambulanten und stationären Versorgung. In diesem Zusammenhang lassen sich neue Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer identifizieren:

1. Die Erstfassung dieser Richtlinie sieht vor, dass die an der Versorgung beteiligten Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer einen Netzverbund bilden, Kooperationsvereinbarungen schließen (§ 3 Absätze 1 bis 3) und die Teilnahme an der neuen Versorgungsform durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) genehmigt wird (§ 3 Absatz 9). Davon umfasst ist auch die Meldung über Angebot sowie Erreichbarkeit an die zuständige KV und Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) (§ 3 Absatz 11).
2. Weiterhin müssen auch Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes sowie der Kooperationsvertragspartner bei der zuständigen KV angezeigt werden (§ 3 Absatz 9). Kommt es hierbei zum Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist die Wiedererfüllung der Anforderungen innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen (§ 3 Absatz 10).
3. Für die Zusammenarbeit im Netzverbund soll eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation angewendet werden (§ 6 Absatz 1 Nr. 6).
4. Darüber hinaus ist der Beginn der Versorgung nach dieser Richtlinie gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse anzeigepflichtig (§ 8 Absatz 4).

1. Bildung eines Netzverbundes und Genehmigungsverfahren

Als ein konstitutives Merkmal der Versorgung nach der KSVPsych-RL steht die Bildung eines vertraglichen Verbunds aus Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern. Dafür schließen sich mindestens zehn an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu einem Netzverbund zusammen und binden durch Kooperationsverträge mindestens ein Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie mindestens eine Leistungserbringerin bzw. einen Leistungserbringer für Ergotherapie oder Soziotherapie oder einen Leistungserbringer, der einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege abgeschlossen hat, ein.

In dem Netzverbundvertrag sind auch gemeinsame Standards, Aufgaben und Anforderungen festzulegen (§ 6 Absätze 1 und 4). Für die Bildung eines Netzverbunds und für das sich anschließende Genehmigungsverfahren (§ 3 Absatz 9) werden dabei folgende Standardaktivitäten zugrunde gelegt:

Tabelle 1: Abbildung der erforderlichen Standardaktivitäten und Zeitwerte
(Abschluss Netzverbundvertrag und Kooperationsverträge sowie Genehmigungsverfahren)

Standardaktivität	Min	Qualifikationsniveau	Lohnsatz in €/h	Bürokratiekosten je Netzverbund
Einarbeitung in die Informationspflicht	360	hoch	53,30	319,80 €
Datenbeschaffung	360	hoch	53,30	319,80 €
Interne Sitzungen zur Abstimmung	1440	hoch	53,30	1.279 €
Aufbereitung der Daten (Erstellung der Vertragsdokumente)	180	hoch	53,30	159,90 €
Formulare ausfüllen (inkl. Informationen über Angebot und Erreichbarkeit)	15	mittel	27,80	6,95 €
Überprüfung der Daten und Eingaben	2	hoch	53,30	1,78 €
Datenübermittlung an KV/LKG	10	mittel	27,80	4,63 €
Kopieren, Archivieren, Verteilen	30	einfach	21,00	10,50 €
Gesamt	2.397			2.103 €

Aus dieser ex ante-Schätzung ergibt sich für das Abschließen der Netzverbund- und Kooperationsverträge sowie dem sich anschließenden Genehmigungsverfahren und der Meldung über Angebot und Erreichbarkeit ein zeitlicher Aufwand von 40 Stunden (2.397 Minuten) je Netzverbund, was einmaligen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 2.103 Euro entspricht. Bei bundesweit 240 Netzverbänden entstehen daher Gesamtkosten in Höhe von 504.720 Euro (240 x 2.103 Euro).

2. Mitteilung über Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes

Gemäß § 3 Absatz 9 sind Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes der zuständigen KV mitzuteilen. Kommt es hierbei zum Unterschreiten der Mindestvoraussetzungen ist die Wiedererfüllung der Anforderungen innerhalb von sechs Monaten nachzuweisen (§ 3 Absatz 10).

Es ist davon auszugehen, dass für eine entsprechende Mitteilung an die zuständige KV bzw. ein Nachweis gegenüber dieser ein zeitlicher Aufwand von zehn Minuten bei mittlerem, sowie eine Minute bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 5,53 Euro.

Bei bundesweit 240 Netzverbänden mit jeweils der Mindestanzahl von zwölf Mitgliedern und einer geschätzten Ausfallrate von 10 Prozent entstehen jährliche Gesamtkosten in Höhe von 1.593 Euro (240 x 12 x 0,1 x 5,53 Euro).

3. Einführung einer einheitlichen Befund- und Behandlungsdokumentation

Zur Sicherstellung des Informationsaustausches zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern soll in jedem Netzverbund eine einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation angewendet werden, deren Nutzung durch alle an der Behandlung beteiligten Leistungserbringer möglich ist (§ 6 Absatz 1 Nr. 6). Es ist möglich, dass hierfür zusätzliche Software durch einzelne oder alle Mitglieder des Netzverbunds angeschafft werden muss, die Kosten dafür können jedoch nicht quantifiziert werden.

4. Anzeige des Versorgungsbegins gegenüber der Krankenkasse

Der Beginn der Versorgung in einem Netzverbund ist durch die Bezugsärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten bei der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen (§ 8 Absatz 4). Es ist davon auszugehen, dass für eine entsprechende Mitteilung ein zeitlicher Aufwand von drei Minuten bei hohem Qualifikationsniveau erforderlich ist; dies ergibt Bürokratiekosten je Fall in Höhe von 2,67 Euro. Unter Berücksichtigung einer Zahl von jährlich 72.000 Patientinnen und Patienten, die erstmals in einem Netzverbund versorgt werden, entstehen jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 192.240 Euro (72.000 x 2,67 Euro).

Zusammenfassung

Insgesamt entstehen durch die KSVPsych-RL einmalige Bürokratiekosten in Höhe von etwa 504.720 Euro, jährliche Kosten in Höhe von etwa 193.833 Euro sowie nicht quantifizierbare Kosten für die ggf. notwendige Anschaffung von Software für die einheitliche Befund- und Behandlungsdokumentation.

Tabelle 2: Abbildung der entstehenden Bürokratiekosten

	Einmalige Bürokratiekosten	Jährliche Bürokratiekosten
Bildung Netzverbände	504.720 Euro	–
Mitteilung über Änderungen in der Zusammensetzung des Netzverbundes	–	1.593 Euro
Anzeige des Versorgungsbegins gegenüber der Krankenkasse	–	192.240 Euro
Gesamt	504.720 Euro	193.833 Euro

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand
22.11.2019		Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, ausgegeben zu Bonn am 22.11.2019
19.12.2019	G-BA	Beschluss zur Einrichtung eines ad-hoc Unterausschuss (UA) „Umsetzung des Regelungsauftrags nach § 92 Absatz 6b SGB V“ sowie Einleitung eines Verfahrens nach 1. Kapitel § 5 Absatz 1 VerFO
21.01.2020	UA ad-hoc	Auftakt-Sitzung
16.04.2020	G-BA	Bekanntmachung zur Ermittlung weiterer stellungnahmeberechtigter Organisationen gemäß 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Satz 1 Buchstabe a) i.V.m. 1. Kapitel § 9 VerFO
20.08.2020	G-BA	Beschluss zur Bestimmung stellungnahmeberechtigter Organisationen für die Erstfassung der Richtlinie
15.10.2020	G-BA	Beschluss zur Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter zur Erstfassung der Richtlinie sowie Beschluss zur Delegation der Entscheidung über die Einräumung eines Stellungnahmerechts im Einzelfall zur Erstfassung der Richtlinie auf den UA-adhoc 92-6b
20.10.2020 01.12.2020 15.12.2020	UA ad-hoc	Delegationsbeschlüsse zur Bestimmung weiterer Stellungnahmeberechtigter für die Erstfassung der Richtlinie
15.12.2020	UA ad-hoc	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO zur Erstfassung der Richtlinie
04.05.2021	UA ad-hoc	Anhörung der Stellungnahmeberechtigten zur Erstfassung der Richtlinie
18.05.2021 01.06.2021 15.06.2021 06.07.2021 03.08.2021	UA ad-hoc	Würdigung der mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen sowie Beratungen des RL-Entwurfes und der Tragenden Gründe
02.09.2021	G-BA	Beschlussfassung
TT.MM.2021		Ergebnis der Prüfung des Beschlusses durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V
TT.MM.2021		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.2021		Inkrafttreten

Berlin, den 2. September 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken